

طلب الحصول على مساعدات برنامج (SNAP)، برنامج المساعدة النقدية (CASH ASSISTANCE)، برنامج المساعدة الطبية (MEDICAL ASSISTANCE)، و/أو برنامج مساعدة رعاية الطفل (CHILD CARE ASSISTANCE)

إن كنت بحاجة إلى مساعدة برنامج SNAP على الفور، أجب عن الأسئلة المذكورة في الخطوة 6 من الطلب. قد تكون مؤهلاً لتلقي إعانات برنامج SNAP بسرعة أكبر. يحق لك التقدم بطلب للحصول على مساعدات برنامج SNAP في نفس اليوم الذي تتواصل فيه مع مكتب JFS في مقاطعتك.



اتصل بمكتب JFS في مقاطعتك إذا:

- إذا احتجت إلى مساعدة في إكمال عملية تقديم الطلب، أو تريد إجراء مقابلة، أو تحتاج إلى زيارة منزلية لإجراء المقابلة.
- تغيرت أي معلومات واردة في هذا النموذج بعد تسليمه.



مصادر أخرى يجب التواصل معها إذا:

- لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغتك الأساسية، اتصل بمكتب JFS في مقاطعتك لتعيين مترجم فوري يساعدك في فهم الأسئلة الواردة في هذا النموذج.
- إذا كنت تعاني من صعوبة السمع و/أو ضعف النظر، فاتصل على الرقم 1-800-7-1-1 للمساعدة في إكمال هذا النموذج أو إجراء مقابلة لك.



هل تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب؟

- قد يكون لديك ممثل مفوض لمساعدتك في إجراء المقابلات و/أو إكمال النماذج.
- ليس من الضروري أن يعيش ممثلك المفوض معك، ولكن يجب أن يكون شخصاً بالغاً ومسؤولاً.
- يجب عليك إخبار مكتب JFS في مقاطعتك كتابياً باسم ممثلك المفوض.
- إذا كنت ممثلاً مفوضاً، أكمل الخطوات الواردة في هذا الطلب باستخدام معلومات مقدم الطلب.
- قد تساعد أيضاً وكالات مجتمعية أخرى، مثل بنوك الطعام، في إكمال هذا الطلب.

اتبع هذه الخطوات الأربعة للتقدم بطلب للالتحاق ببرامج المساعدة:

1 أكمل هذا الطلب - يبدأ تقديم الطلب في الصفحة 5

في الخطوة الأولى من هذا الطلب، حدد البرنامج (البرامج) الذي تريد الالتحاق به. أجب عن أكبر عدد ممكن من الأسئلة الواردة في الطلب. ومع ذلك، يجب عليك على الأقل ملء بياناتك الشخصية والتي تشمل اسمك، وعنوانك وتوقيعك وتسليم الطلب إلى مكتب خدمات العمل والأسرة (JFS) بمقاطعتك لبدء عملية تقديم الطلب. ملاحظة: يمكنك طلب نسخة من طلبك المكتمل.

2 تقديم هذا الطلب

يمكنك أيضاً التقديم عبر الإنترنت من خلال الرابط التالي <https://ssp.benefits.ohio.gov> أو الاستمرار في ملء هذا الطلب الورقي. يُرجى تقديم هذا الطلب الورقي إلى مكتب JFS المحلي بالمقاطعة. للبحث عن مكتب JFS في مقاطعتك، يُرجى زيارة <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory>

3 إكمال المقابلة - برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance فقط

سيُرسَل لك مكتب JFS بمقاطعتك خطاباً يتضمن تاريخ ووقت المقابلة عبر الهاتف. سيوضح الخطاب ما إذا كان عليك الاتصال بمكتب JFS في مقاطعتك أو إذا كان العاملين به سيتصلون بك.

4 تقديم مستندات التحقق - جميع البرامج

سوف يخبرك مكتب JFS في مقاطعتك بمستندات التحقق المطلوبة منك. يمكنك تقديم مستندات التحقق مع هذا الطلب. انظر الصفحة التالية للحصول على قائمة بأنواع المستندات التي قد تكون مطلوبة.

معلومات وثيقة التحقق

- راجع الجدول أدناه للحصول على مزيد من المعلومات حول وثائق التحقق المطلوبة لكل برنامج.
 - قد يطلب منك مكتب JFS في مقاطعتك تقديم قسائم الدفع أو فواتير المرافق، أو كشوف حسابات بنكية، أو أكثر من ذلك.
 - سيقدم لك مكتب JFS في مقاطعتك قائمة التحقق (نموذج JFS 07105) احرص على تقديم جميع المعلومات المطلوبة بحلول تاريخ التقديم الوارد في النموذج.
 - قد يرفض مكتب JFS في مقاطعتك طلبك إذا كانت هناك وثائق تحقق مفقودة.
- هل تحتاج إلى مساعدة؟ إن كنت تحتاج لمساعدة في الحصول على الوثائق المطلوبة، اطلب المساعدة من مكتب JFS في مقاطعتك.

المؤهلون من غير المواطنين الأمريكيين: إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا وتتقدم فقط بطلب للحصول على مساعدات برنامج مساعدة للمواطنين الأمريكيين أو غير الأمريكيين المؤهلين، أو كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة طبية طارئة محدودة الوقت، لا يتعين عليك إثبات حالة جنسيتك أو وضع الهجرة الخاص بك أو تقديم رقم الضمان الاجتماعي.

برامج المساعدة					أمثلة على وثائق التحقق
برامج المساعدة النقدية (Cash Assistance) المساعدة النقدية للاجئين Refugee Cash As- sistance (RCA))	رعاية الأطفال	Medical (كبار السن، أو المكفوفين، أو ذوي الإعاقة)	Medical (الأسر والأطفال)	برنامج SNAP	+ يتحقق مكتب JFS في مقاطعتك فقط من جنسية الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية عند التقدم بطلب للحصول على مساعدات برنامج رعاية الطفل (Child Care Assistance). * قد يزيد المبلغ المقدم من برنامج SNAP إذا تحققت من هذه التكاليف.
✓		✓	✓	✓	رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو ما يثبت بأنك تقدمت بطلب للحصول على رقم
✓		✓	✓	✓	بطاقة الإقامة الدائمة ("الجرين كارد") أو غيرها من وثائق الهجرة إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا
✓	✓	✓	✓		إثبات الجنسية الأمريكية+
✓	✓	✓	✓	✓	إثبات الدخل أو أية أموال أخرى تحصل عليها أسرتك (مثل كشوف الأجور، والسجلات الضريبية، وخطابات المنح، وإعالة الأطفال)
✓		✓			أحدث كشوف الحسابات البنكية (مثل الحساب الجاري أو حساب التوفير)
		✓			إثبات ملكية المركبات (كالسيارات، والشاحنات، والدراجات النارية، والقوارب، والمركبات الترفيهية)
✓		✓			إثبات قيمة الأسهم/السندات الحالية، وشهادات الإيداع، ووثائق التأمين على الحياة، والصناديق الاستثمارية، والمعاشات السنوية
✓				✓	إثبات الهوية (مثل رخصة القيادة، أو بطاقة الهوية صادرة عن الولاية، أو جواز السفر)
✓			✓	*	إثبات لتكاليف رعاية الأطفال/المعالين
✓	✓	✓	✓	*	إثبات دفع نفقات إعالة الطفل للأطفال الذين لا يعيشون معك
		✓		*	إثبات لأي تكاليف خاصة بالسكن والمرافق
		✓		*	إثبات أي تكاليف طبية للأشخاص ذوي الإعاقة أو للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا (بما في ذلك الوصفات الطبية)
		✓	✓		إثبات التأمين الصحي
	✓				التحقق من نشاط تأهيلي لجميع القانمين على الرعاية في الأسرة (مثل جدول مدرسي أو جدول عمل، أو عقد اكتفاء ذاتي)
	✓				اسم وعنوان مقدم رعاية الأطفال المؤهل لكل طفل يحتاج إلى الرعاية



1. متى سأعرف ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة؟

مساعدات برنامج SNAP، وبرنامج المساعدات النقدية (Cash)، وبرنامج رعاية الطفل (Child Care): سيحدد مكتب JFS في مقاطعتك أهليتك لهذه البرامج خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم الطلب.

- إذا كنت مؤهلاً، فقد تتم الموافقة على تقديم الإعانات الخاصة بك بأثر رجعي إلى تاريخ تقديم طلبك.
- رعاية الطفل فقط: إذا تم رفض طلبك، فقد تتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمقدم خدمة رعاية الأطفال الذي قمت بتوظيفه منذ تقديم طلبك.

برنامج المساعدة الطبية (Medical Assistance): سيحدد مكتب JFS بالمقاطعة مدى أهليتك للحصول على مساعدات برنامج Medical Assistance في غضون 45 يومًا من تاريخ تقديمك للطلب.

- إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على إعانات بسبب إعاقة، فقد يتعين على المكتب إجراء فحص لتحديد الإعاقة، والذي قد يستغرق ما يصل إلى 90 يومًا.
- إذا كنت مؤهلاً، فقد تتم الموافقة على تقديم مساعدات برنامج Medical Assistance بأثر رجعي من تاريخ تقديم طلبك. إذا كانت لديك فواتير طبية من الأشهر الثلاثة التي سبقت تقديم طلبك، فأخبر مكتب JFS في المقاطعة بذلك. وقد يوافقون على حصولك على المساعدة المقدمة من البرنامج عن تلك الأشهر الثلاثة.

2. ما هي البرامج التي تتطلب إجراء مقابلة؟

- يتطلب برنامج SNAP وبرنامج Cash Assistance إجراء مقابلة
- لا يتطلب برنامج Child Care Assistance وبرنامج Medical Assistance إجراء مقابلة

3. ماذا يحدث إذا فاتني موعد مقابلي للحصول على مساعدة برنامج SNAP أو برنامج Cash Assistance؟

إذا فاتتك المقابلة، فاتصل بمكتب JFS في المقاطعة على الفور. وإذا لم تكمل مقابلتك مع مكتب JFS في مقاطعتك في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديمك للطلب، قد يتم رفض طلبك وسيُتعين عليك إعادة تقديم الطلب.

4. هل يجب أن أكون مواطنًا أمريكيًا للحصول على المساعدة؟

يمكن للعديد من غير الأمريكيين الحصول على إعانات برامج المساعدة. قد تكون المساعدة الطبية الطارئة لغير الأمريكيين (NCEMA) متاحة أيضًا بغض النظر عن حالة الجنسية الأمريكية الخاصة.

5. ما هي الخدمات الأخرى التي قد تكون متاحة؟

- قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات أخرى مثل:
- خدمات الوقاية والاحتفاظ والطوارئ (PRC)
- خدمات التدخل المبكر
- مهارات العمل
- المساعدة في الحصول على وظيفة

ملاحظة: قد يتعين عليك التقديم باستخدام نموذج منفصل للحصول على هذه الخدمات. اتصل بمكتب JFS في مقاطعتك إذا كنت مهتمًا.

لمزيد من المعلومات حول المنظمات المجتمعية التي يمكنها تقديم المساعدة، انتقل إلى <https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>.



1. كيف أختار مقدم رعاية للأطفال؟

يجوز للقائمين على الرعاية اختيار أي برنامج معتمد لتقديم رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام

(Publicly Funded Child Care (PFCC)).

وتشمل هذه البرامج: المراكز، ودور رعاية الأطفال الأسرية، والمخيمات النهارية المعتمدة ووسائل المساعدة المنزلية المنتشرة في جميع أنحاء ولاية Ohio.

- إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة فيما يتعلق باختيار مقدم رعاية، يمكنك الاتصال بالوكالة المحلية لموارد رعاية الطفل والإحالة (Child Care Resource and Referral Agency). تفضل بزيارة <https://occr.org/ccrr-membership> للحصول على معلومات الاتصال.
- يمكنك استخدام دليل رعاية الطفل على <https://childcaresearch.ohio.gov> للبحث عن البرامج التي تناسب احتياجات رعاية طفلك. يتيح لك الدليل البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، وتصنيف الجودة (Step Up To Quality). وتتوفر أيضًا معايير الترخيص والشكاوى الموثقة للاطلاع عليها.
- ملاحظة: إن اختيار مقدم رعاية أطفال في وقت تقديم الطلب سيجعل العملية أسرع.

2. ماذا لو كان طفلي يعاني من إعاقة أو كنت أشك في أن طفلي قد يعاني من تأخر في النمو؟

يتوفر المزيد من المعلومات حول المساعدة في رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على الموقع الإلكتروني لإدارة ولاية Ohio لخدمات

التوظيف والأسرة (ODJFS) <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.

- إذا كان طفلك الذي يحتاج إلى رعاية لديه احتياجات خاصة، فقد يكون مؤهلاً للحصول على رعاية الأطفال حتى سن 18 عامًا.
- يمكن لمقدم رعاية الطفل الخاص بك التقدم بطلب لزيادة معدل الدفع إذا قام بتعديل برنامجه/خدماته بما يتناسب مع طفلك.
- يُرجى التواصل مع مكتب JFS في المقاطعة للحصول على مزيد من المعلومات.

3. كيف يمكنني تقديم شكوى بشأن مقدم رعاية الأطفال؟

إذا كنت تريد تقديم شكوى بشأن انتهاك مشتبه به لقواعد الترخيص، يمكنك الاتصال بمركز المساعدة المعني بسياسات رعاية الطفل (Child

Care Policy Help) على الرقم 877-302-2347، الخيار الرابع

4. ما هو نظام تصنيف الجودة (Step Up To Quality)؟

نظام تصنيف الجودة هو نظام لتحديد مدى جودة برامج رعاية الأطفال بولاية Ohio. ويتم منح التصنيف حسب تطبيق البرامج لمعايير تزيد عن الحد الأدنى لمعايير الصحة والسلامة. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لرعاية الطفل التابعة لإدارة ODJFS على العنوان التالي:

<https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality> وانقر على "Step Up To Quality" (نظام تصنيف الجودة).

-- يُرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة للرجوع إليها في المستقبل. --

طلب الحصول على مساعدات برنامج SNAP، وبرنامج CASH ASSISTANCE، وبرنامج MEDICAL ASSISTANCE و/أو
برنامج CHILD CARE ASSISTANCE

مرفق نموذج طلب تسجيل الناجحين - المساعدة متوفرة

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، هل ترغب في التقدم بطلب للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم - أريد التسجيل للتصويت.

لا - لا أريد التسجيل للتصويت.

إذا لم تقم بوضع علامة في أي من المربعين، سيتم اعتبار أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت. لن يؤثر تقديم طلب التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الوكالة.

الخطوة الأولى: ضع علامة في المربع لكل برنامج يرغب مقدم الطلب في التقدم إليه

يمكنك التقدم لأي من البرامج المدرجة أدناه ويمكنك أيضاً التقدم لجميعها. إذا لم تضع علامة في أي من المربعات، سنقوم فقط بمراجعة أهليتك لبرنامج (SNAP).

برنامج Medical Assistance

برنامج Child Care Assistance

برنامج SNAP

برنامج Cash Assistance - إعانات تُقدم للأسر التي لديها طفل (أطفال) قاصر أو نساء حوامل

برنامج المساعدة النقدية للاجئين (Refugee Cash Assistance (RCA)) - إعانات تُقدم للاجئين في غضون 12 شهراً من وصولهم

الخطوة الثانية: أخبرنا عن مقدم الطلب

إذا كنت ممثلاً مفوضاً، أدخل معلومات عن الشخص الذي تتقدم نيابة عنه.

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة
هل تحتاج إلى أي من الخدمات التالية؟		
إشعارات مطبوعة بخط كبير	مترجم لغة إشارة	ما هي لغتك المفضلة؟
مترجم	غير ذلك	نطقاً: كتابة:
هل سبق لك أن حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على إعانات برنامج SNAP، أو برنامج Cash Assistance، أو برنامج Assistance Medical، أو برنامج Child Care Assistance؟		
لا		
نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو:		

الخطوة الثالثة: أخبرنا عن كيفية الوصول إلى مقدم الطلب

إذا كنت ممثلاً مفوضاً، أدخل معلومات عن الشخص الذي تتقدم نيابة عنه.

عنوان المنزل	ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك عنوان دائم - يُرجى تقديم عنوان بريدي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
الهاتف (الجوال)	الهاتف (المنزل)	عنوان البريد الإلكتروني	
العنوان الذي تستلم فيه البريد (إذا كان مختلفاً)			
المدينة	مقاطعة	الولاية	الرمز البريدي



تذكير: هل أخبرتنا ما هو البرنامج (البرامج) الذي يتقدم إليه مقدم الطلب؟
تأكد من وضع علامة داخل المربعات المناسبة في الخطوة الأولى.

الخطوة الرابعة: أخبرنا إذا كنت ممثلاً مفوضاً

الممثل المفوض هو شخص يساعد مقدم الطلب في عملية تقديم الطلب ويمكنه التصرف نيابة عنه. إذا كنت تملأ هذا النموذج بصفقتك ممثلاً مفوضاً، يُرجى منحنا المعلومات التالية عن نفسك. قد يُطلب منك تقديم وثيقة تفويض. لن يتم إدراجك كممثل مفوض ما لم يتم تقديم الوثيقة.

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة
عنوان الشارع		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف (الجوال)	الهاتف (المنزل)	
عنوان البريد الإلكتروني		
هل تحتاج إلى أي من الخدمات التالية؟		ما هي لغتك المفضلة؟
إشعارات مطبوعة بخط كبير	مترجم لغة إشارة	نطقاً: _____ كتابة: _____
مترجم	غير ذلك _____	

الخطوة الخامسة: للمتقدمين بطلب للحصول على مساعدات برنامج SNAP والممثلين المفوضين لبرنامج SNAP فقط

بالتوقيع أدناه، فإنك توافق على أنك قد راجعت الشروط الواردة في الخطوة الرابعة عشرة ووافقت عليها وأنت تقرر -تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين- بصحة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك المعلومات المقدمة أدناه بشأن الجنسية والوضع كأجنبي للأعضاء المتقدمين للحصول على الإعانات.

على الرغم من أنه يمكنك تقديم طلبك مع المعلومات المذكورة أعلاه فقط، إلا أنه قد يُنظر في طلبك بسرعة أكبر إذا واصلت تقديم الردود على الأسئلة أدناه.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض	التاريخ
اكتب اسم مقدم الطلب أو الممثل المفوض	التاريخ

الخطوة السادسة: أجب عما يلي فقط في حالة التقدم للحصول على إعانات برنامج SNAP

كم عدد الأشخاص الذين يعيشون معك ويشتررون الوجبات ويأكلونها معك؟ _____
يُعد هذا الرقم عدد أفراد "أسرتك"، ضع ذلك في الاعتبار عند الإجابة على السؤالين التاليين.
ملاحظة: ستساعدنا إجاباتك في تحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على إعانات برنامج SNAP بسرعة أكبر. إذا كان شخص آخر تعيش معه يتلقى بالفعل إعانات برنامج SNAP، قد تظل مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج SNAP.

هل إجمالي دخل أسرتك قبل الضرائب للشهر الحالي أقل من 150 دولاراً؟

نعم

لا - لم يطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

هل بلغ إجمالي صافي دخل أسرتك للشهر الحالي صفر بعد الضرائب، وسداد مستحقات مثل تكاليف السكن، أو تكاليف رعاية الأطفال/المعالين، أو مدفوعات إعالة الطفل؟	نعم	لا- لميطراً أي تغيير على أفراد أسرتي
هل يبلغ إجمالي مواردك النقدية وحساباتك الجارية وحسابات التوفير 100 دولار أو أقل؟	نعم	لا- لميطراً أي تغيير على أفراد أسرتي
هل تزيد الإيجار الشهري أو الرهن العقاري والمرافق (مثل الغاز، والكهرباء، والمياه، والهاتف) عن إجمالي دخلك الشهري قبل الضرائب؟	نعم	لا- لميطراً أي تغيير على أفراد أسرتي
هل أنت مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟	نعم	لا- لميطراً أي تغيير على أفراد أسرتي

الخطوة السابعة: أخبرنا بمعلومات مقدم الطلب

- يجب عليك ذكر كل من يعيش معك حتى لو لم يتقدموا بطلب. يُرجى التأكد من ذكر اسمك أولاً. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكذب إجاباتك على ورقة إضافية وأرفقها بهذا النموذج. يُرجى استخدام ما يلي للمساعدة في إكمال القسم أدناه:
- رقم الضمان الاجتماعي (SSN): إذا لم تكن أنت أو أي شخص آخر في أسرتك مواطناً أمريكياً أو مواطناً أمريكي مؤهلاً، لا يتعين عليك أن تقدم لنا رقم الضمان الاجتماعي. إذا كانت هناك أسباب أخرى لعدم امتلاكك أنت أو أحد أفراد أسرتك رقم الضمان الاجتماعي، يُرجى كتابة ذلك أدناه. (على سبيل المثال: طلب معلق لدى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA))
 - مواطن أمريكي: ما عليك سوى أن تخبرنا إذا كان شخص ما مواطناً أمريكياً في حال كان يسعى للحصول على مساعدات برنامج SNAP، أو Cash، أو Medical، أو Child Care Assistance.
 - العرق/الأصل العرقي: يسمح لنا الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 بطلب معلومات عن العرق/الأصل العرقي (من أصل إسباني/لاتيني). تقديم هذه المعلومات أمر طوعي ويقتصر استخدامها على الأغراض المعلوماتية فقط. إذا كنت لا ترغب في تقديم هذه المعلومات لنا، لن يكون لهذا أي تأثير على حالتك.

الاسم	صلة القرابة (زوج، أو صديق، أو غير ذلك)	رقم الضمان الاجتماعي (انظر التعليمات أعلاه)	تاريخ الميلاد	النوع الاجتماعي	مواطن أمريكي من أصل إسباني/لاتيني	العرق
	الشخص نفسه (أنا)			ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐
				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐
				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐
				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐
				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐

هل أنت متزوج؟	لا	نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر اسم الزوج: _____
هل أنت أو أي ممن تتقدمين بالطلب نيابةً عنهن حامل؟	لا	نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من المتقدم ومتى التاريخ المتوقع للولادة؟ _____
هل تحتاج أنت أو أي شخص تقدم له طلباً إلى رعاية في المنزل أو خدمات دار رعاية المسنين؟	لا	نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من هو؟ _____
هل تقوم أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك على رعاية شخص ذي إعاقة داخل المنزل أو خارجه؟	لا	نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من هو؟ _____
هل تؤدي أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك الخدمة العسكرية؟	لا	نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تحديد كل ما ينطبق: خدمة عسكرية حالياً ☐ الحرس الوطني/قوات الاحتياط ☐
هل سبق أن صدر حكم بإدانتك في قضية احتيال في مجال رعاية الأطفال؟	لا	نعم ☐ لا ☐

الخطوة الثامنة: أفراد الأسرة الذين يبلغ عمرهم 60 عامًا أو أكثر

هل يوجد من يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكبر؟

لا - إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى تخطي هذه الخطوة والانتقال إلى الخطوة التاسعة.
 نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، أجب عن الأسئلة التالية في الخطوة الثامنة.

هل يتلقى هذا الشخص (الأشخاص) إعانات الإعاقة؟

لا نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو المصدر؟

هل هذا الشخص (الأشخاص) غير قادر على تحضير وجبات الطعام بسبب الإعاقة؟

لا نعم

إذا كانت إجابتك "نعم" على الأسئلة الثلاثة الواردة في الخطوة الثامنة، هل يرغب هذا الشخص (الأشخاص) في الحصول على إعانات برنامج SNAP بشكل منفصل عن باقي أفراد أسرتك؟

لا نعم

الخطوة التاسعة: أخبرنا عن الأوضاع المالية للأسرة

هل تلقيت أنت أو أفراد أسرتك دخلًا* في الشهر الحالي أو تتوقع تلقي دخل؟

لا نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إكمال الجدول أدناه.

*الدخل هو كل المال الذي تتلقاه أنت وكل أفراد أسرتك. ويشمل ذلك الدخل من الوظيفة أو العمل المستقل، أو إعالة الطفل أو النفقة الزوجية، أو إعانات الإعاقة، أو إعانات التقاعد، أو تعويضات البطالة، أو الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان التكميلي، أو إعانات المحاربين القدامى، أو إعانات برنامج OWF، أو الهبات المالية من أفراد، وما إلى ذلك.

الاسم	نوع الدخل أو اسم صاحب العمل	عدد مرات تلقي الدخل (أسبوعيًا، كل أسبوعين، وما إلى ذلك)	مقدار الدخل (قبل الضرائب)	تاريخ آخر مرة تم تلقي الدخل فيها

كم لديك ولدى الأشخاص في أسرتك من نقود أو أرصدة في الحسابات الجارية أو حسابات التوفير (مثل الحسابات البنكية أو المعاشات السنوية، أو الأسهم، أو السندات)؟

أدخل أفضل تقدير للمبلغ الإجمالي: _____ دولار

هل تمتلك أنت وأفراد أسرتك أكثر من مليون دولار نقدًا أو على شكل أرصدة في الحسابات الجارية أو حسابات التوفير (مثل الحسابات البنكية، أو المعاشات السنوية، أو الأسهم، أو السندات)؟

لا نعم

هل ترك أي من أفراد أسرتك وظيفته أو فقد وظيفته خلال آخر 60 يومًا؟

لا نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من هو؟ _____

متى؟ _____

ما السبب؟ _____

هل يوجد أي شخص في أسرتك مضرب عن العمل؟

لا نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من هو؟ _____



تكملة هذا النموذج في الصفحة التالية

الخطوة العاشرة: أخبرنا عن النفقات المنزلية لمقدم الطلب

حدد كل ما ينطبق. اذكر قيمة النفقات.

تكاليف رعاية الأطفال/المعالين:

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

مدفوعات معيشة للطفل أو الزوج/ة لشخص خارج الأسرة

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

النفقات الطبية لأي شخص لديه إعاقة أو يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر. تشمل هذه النفقات الفواتير الطبية، أو الوصفات الطبية، أو أقساط التأمين الصحي، أو وسائل النقل إلى المواعيد والزيارات الطبية، أو الخدمات الطبية الأخرى.

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

الإيجار، مدفوعات الرهن العقاري، إيجار الأراضي، الضرائب العقارية، تأمين أصحاب المنازل، وما إلى ذلك.

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

هل تدفع ثمن التدفئة أو تكييف الهواء؟

نعم لا

أدفع مقابل المرافق التالية (حدد كل ما ينطبق):

الهاتف القمامة الصرف الصحي المياه الكهرباء الغاز

الخطوة الحادية عشرة: في حالة التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance، يُرجى إخبارنا بسبب احتياج مقدم الطلب إلى إعانات رعاية الطفل

إذا كنت أنت أو أفراد أسرتك تعملون، أو تدرسون في مدرسة، أو تشاركون في برنامج تدريبي، يُرجى استكمال الجدول أدناه بكل الأنشطة التأهيلية. إذا كنت موظفاً، يُرجى ذكر اسم صاحب العمل الحالي. وهذا يشمل العمل المستقل والوظائف المؤقتة. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكُتب إجاباتك على ورقة إضافية وأرفقها بهذا النموذج.

اسم الفرد الأول من الأسرة

اسم صاحب العمل/المدرسة/جهة التدريب

رقم الهاتف الخاص بالجهة مقدمة النشاط

تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء

العنوان

جدول أعمال أفراد الأسرة للعمل/المدرسة/التدريب

الأحد	من _____ إلى _____	الخميس	من _____ إلى _____
الاثنين	من _____ إلى _____	الجمعة	من _____ إلى _____
الثلاثاء	من _____ إلى _____	السبت	من _____ إلى _____
الأربعاء	من _____ إلى _____	تختلف من أسبوع لآخر _____	

اسم الفرد الثاني الأسرة

اسم صاحب العمل/المدرسة/جهة التدريب

رقم الهاتف الخاص بالجهة مقدمة النشاط

تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء

العنوان

جدول أعمال أفراد الأسرة للعمل/المدرسة/التدريب				
الأحد من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		السبت من _____ إلى _____		
الأربعاء من _____ إلى _____		تختلف من أسبوع لآخر _____		
اسم الفرد الثالث من الأسرة		اسم صاحب العمل/المدرسة/جهة التدريب		
رقم الهاتف الخاص بالجهة مقدمة النشاط		تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء		
العنوان				
جدول أعمال الأسرة للعمل/المدرسة/التدريب				
الأحد من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		السبت من _____ إلى _____		
الأربعاء من _____ إلى _____		تختلف من أسبوع لآخر _____		
الخطوة الثانية عشرة: أخبرنا عن الطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى تلقي الإعانات الخاصة برعاية الطفل				
الطفل 1 - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب		اللغة المنطوقة المفضلة للطفل		
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
نعم		لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي مؤهل		
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟				
إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟				
لا - طفلي ليس لديه خطة حالة				
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
نعم -		ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____		
لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start				
الأيام/الساعات المطلوبة لرعاية الطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
الأربعاء من _____ إلى _____		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية		عنوان مقدم الرعاية		المدينة
				الولاية
				الرمز البريدي

الطفل 2

الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل	
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
نعم		لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي مؤهل		
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟				
نعم		لا - طفلي لا يحتاج إلى رعاية وقائية للأطفال		
إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟				
نعم		لا - طفلي ليس لديه خطة حالة		
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
نعم - ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____		لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start		
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الطفل 3

الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل	
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
نعم		لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي مؤهل		
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟				
نعم		لا - طفلي لا يحتاج إلى رعاية وقائية للأطفال		
إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟				
نعم		لا - طفلي ليس لديه خطة حالة		
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
نعم - ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____		لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start		
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الطفل 4

الطفل 4 - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل	
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتاً من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
نعم		لا - طفلي ليس مواطناً أمريكياً أو غير أمريكي مؤهل		
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟				
نعم		لا - طفلي لا يحتاج إلى رعاية وقائية للأطفال		
إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟				
نعم		لا - طفلي ليس لديه خطة حالة		
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
نعم -		ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____		
لا - طفلي ليس عضواً في برنامج Head Start				
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هل يعاني طفلك (أطفالك) من حالة صحية مزمنة أو إعاقة في النمو أو لديه احتياجات خاصة؟				
لا - طفلي لا يعاني من حالة صحية مزمنة أو إعاقة في النمو أو احتياجات خاصة				
نعم - يرجى ملء الجدول أدناه:				
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		وصف احتياجات الطفل الخاصة		



تكملة هذا النموذج في الصفحة التالية

الخطوة الثالثة عشرة: أخبرنا عن الحضور المدرسي للطفل (الأطفال) الذي يحتاج (يحتاجون) إلى رعاية

ملاحظة: أكمل هذا القسم إذا كان أي طفل (أطفال) يذهب أو سيذهب إلى رياض الأطفال أو المدرسة الابتدائية

اسم الطفل (الأول، والأوسط، والأخير)	مستوى الصف الدراسي الحالي	اسم المدرسة وعنوانها	ساعات المدرسة (مثال: 8 صباحًا - 3 مساءً)	جدول رياض الأطفال	تاريخ بدء/انتهاء العام الدراسي
				صباحًا مساءً يوم كامل	
				صباحًا مساءً يوم كامل	
				صباحًا مساءً يوم كامل	
				صباحًا مساءً يوم كامل	

الخطوة الرابعة عشرة: يُرجى مراجعة المعلومات التالية بعناية والتوقيع على الصفحة الأخيرة

بالتوقيع على هذا الطلب:

بالنسبة لجميع البرامج (SNAP)، و/أو برنامج Cash Assistance، و/أو برنامج Child Care Assistance، و/أو برنامج Medical Assistance)، فإنني أقر وأوافق على ما يلي:

- الأسئلة الواردة في هذا النموذج، وأقر وأشهد، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأن كل إجاباتي صحيحة وكاملة بقدر معرفتي واعتقادي، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية أو حالة الهجرة لكل فرد من أفراد الأسرة المتقدمين بطلب للحصول على المساعدة.
- قد يتصل مكتب خدمات العمل والأسرة ((Job and Family Services (JFS)) بالمقاطعة بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لاستحقاق أهليتي ومستوى المساعدة الذي احتاجه، و/أو في بعض الحالات، قد يُطلب مني الموافقة على قيام مكتب JFS بالمقاطعة بإجراء هذه الاتصالات.
- قد يُطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل ((Child Support Enforcement Agency (CSEA)) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إعالة أو تنفيذه. إذا طُلب مني التعاون مع وكالة CSEA، فسيتم تقديم إحالة إلى الوكالة نيابة عني. كما أفهم أنه إذا لم يكن مطلوبًا مني التعاون مع وكالة CSEA، فقد أطلب خدمات إعالة الطفل عن طريق استكمال طلب الحصول على خدمات إعالة الطفل (نموذج JFS 07076).
- يمكن لمكتب JFS بالمقاطعة مساعدتي في الحصول على الإثباتات المطلوبة طالما أبديت تعاونًا مع الوكالة.
- ينص القانون على عقوبة الغرامة أو السجن، أو كليهما، لأي شخص يُدان بتلقي مساعدة عن طريق الاحتيال يكون غير مؤهل للحصول عليها.
- توقعي أدناه يعطي مكتب JFS بالمقاطعة الإذن بالاطلاع على المعلومات المتوفرة على نظام تتبع تنفيذ الإعالة (Support Enforcement Tracking System (SETS)) للتحقق من دخل إعالة الطفل/الزوج/الدعم الطبي.
- قد تخضع حالة أفراد الأسرة من غير الحاملين للجنسية للتحقق من قبل دائرة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)) من خلال تقديم معلومات من الطلب إلى USCIS من خلال النظام المنهجي للتحقق من وضع الأجانب وأهليتهم (Systematic Alien Verification and Eligibility (SAVE) System) قد تؤثر المعلومات المقدمة من USCIS على أهلية الأسرة ومستوى استحقاقها للإعانات.
- يدل توقعي أدناه على موافقتي ويفوض مكتب JFS بالمقاطعة للوصول إلى بوابة Ohio Benefits Worker Portal لغرض التحقق من حالة مواطنة الأطفال في هذه الحالة وللتحقق من تلقي مساعدة عامة إضافية. يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مكتب JFS بالمقاطعة كتابيًا.
- يحق لك طلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة وجلسة استماع عامة إذا كنت لا توافق على الإجراء المتخذ بشأن حالتك. لطلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة، يجب عليك الاتصال بمكتب JFS في مقاطعتك أو مراجعة الإشعارات التي تلقيتها عبر البريد.

- ◀ إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج SNAP، فإننا أقر وأوافق على ما يلي:
- بالتوقيع على هذا الطلب، سيتم طلب هذه المعلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (Income and Eligibility Verification System (IEVS)) وقد يتم التحقق من المعلومات من خلال أي جهات اتصال ضرورية لتحديد أهليتي.
 - سيتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من هوية أفراد الأسرة، ومنع تكرار المشاركة، وإجراء تغييرات على حالتي. وإذا لم يقدم أي فرد من أفراد الأسرة رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فسيتم تصنيفه على أنه غير متقدم بطلب. وهذا يعني أنه لن يتم اعتباره متقدماً وبالتالي لن يكون مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج SNAP. يُعد تقديم أي معلومات مطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، أمراً طوعياً. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة لإثبات أهليتي للحصول على المساعدة إلى رفض تقديم إعانات برنامج SNAP لأسرتي أو تقليلها. قد يتم الإفصاح عن المعلومات التي يتم الحصول عليها من طلب التقديم لمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الفارين من القانون.
 - إذا أدانتي محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة، فسوف يتم استبعادني من البرنامج ولن أكون مؤهلاً للحصول على إعانات لمدة عامين عند المخالفة الأولى، واستبعادي نهائياً عند المخالفة الثانية.
 - إذا أدانتي محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فسأكون مستبعداً بشكل دائم من المشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.
 - يتم صرف إعانات برنامج SNAP على بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات بولاية Ohio (Ohio Direction Card)، ويُحظر عليّ استخدام الإعانات المقدمة لي من برنامج SNAP في شراء الأسلحة أو المواد الخاضعة للرقابة أو بيعها. وإنني أفهم أنه يمكنني استخدام إعانات SNAP لشراء السلع المؤهلة فقط. لا يمكنني استخدام إعانات برنامج SNAP لشراء سلع غير غذائية مثل المشروبات الكحولية والتبغ وما إلى ذلك.
 - قد لا يحصل أي فرد من أفراد أسرتي يخالف القواعد عمداً على معونة من برنامج SNAP لمدة عام واحد عند المخالفة الأولى، وعامين عند المخالفة الثانية، ونهائياً عند المخالفة الثالثة.
 - إذا أدانتي محكمة قانونية بالاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر، فسيتم استبعادي نهائياً واعتباري غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.
 - يُحظر عليّ بيع إعانات برنامج SNAP أو المتاجرة بها أو شراؤها ولا يجوز لي استخدام إعانات البرنامج المخصصة لشخص آخر لصالح أسرتي. وأنه يمكن أن أفقد أهليتي لعضوية برنامج SNAP بسبب أيٍّ من هذه الانتهاكات.
 - لا يمكنني استخدام الإعانات لشراء طعام لشخص ليس من أفراد أسرتي.
 - إذا تبين أنني قدمت بياناً أو إقراراً احتيالياً فيما يتعلق بالهوية أو مكان الإقامة من أجل الحصول على إعانات متعددة من برنامج SNAP في وقت واحد، فلن أكون مؤهلاً وسيتم استبعادي من المشاركة في البرنامج لمدة 10 سنوات.
 - ستخضع المعلومات المقدمة مع طلبي للحصول على إعانات برنامج SNAP للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين والمسؤولين التابعين للولاية والمحليين لتحديد ما إذا كانت المعلومات حقيقية. وإذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، قد يُرفض طلبي للحصول على إعانات البرنامج. وقد أتعرض للملاحقة الجنائية لتقديمي معلومات غير صحيحة عن قصد.
 - في حال تلقيت إعانات برنامج SNAP التي لا يجوز لي أن أحصل عليها؛ قد يحدث الآتي:
 - قد يُطلب مني تسديد الإعانات
 - قد أتهم بالاحتيال
 - قد أغرم (غرامة تصل إلى 250 ألف دولار) أو يُحكم علي بالسجن (مدة تصل إلى 20 عامًا) أو كليهما
 - قد يحظر علي الحصول على إعانات في المستقبل.
 - سأتحمل المسؤولية عن أي إعانات أتلّاها من برنامج SNAP والتي لم يكن من المفترض أن أحصل عليها إذا قدم ممثلي المفوض معلومات خاطئة.
 - إذا لم أوافق على إجراء تم اتخاذه بشأن حالتي، يمكنني رفع دعوى لعقد اجتماع على مستوى المقاطعة أو جلسة استماع عامة. يمكنني طلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة أو جلسة استماع عامة عبر الإنترنت، أو عبر البريد الإلكتروني أو البريد، أو عن طريق الاتصال بمكتب JFS بمقاطعتي. كما يمكنني أن أطلب من شخص ما حضور الجلسة نيابةً عني بتفويض موقع مني.
 - إذا تم اختيار حالتي عشوائياً للتأكد من أنني مؤهل للحصول على المساعدة التي أتلّاها وأنني ألتقى المبلغ الصحيح من الإعانات، فيجب عليّ التعاون إذا تمت مراجعة حالتي. وإذا رفضت التعاون في أية عملية مراجعة، فقد يتم إيقاف الإعانات المقدمة لي.
 - في غضون 60 يومًا من تقديم الطلب وفي أي وقت أثناء تلقي الإعانات، لا يحق للشخص الموظف أو الذي يعمل لحسابه الخاص أن يترك الوظيفة طوعاً ودون سبب وجيه أو يخفض ساعات العمل إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع أو أن يكسب أقل من الحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضروباً في 30 ساعة ليظل مؤهلاً للمشاركة في برنامج SNAP.
- ◀ إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج Cash Assistance، فإننا أقر وأوافق على ما يلي:
- بالتوقيع على هذا الطلب وتلقي المعونة النقدية من برنامج (OWF (Ohio Works First))، قد يطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل المحلية (local Child Support Enforcement Agency (CSEA)) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إعالة أو تنفيذه. إذا كان مطلوباً مني التعاون مع وكالة CSEA المحلية، سيتم تقديم إحالة إلى الوكالة نيابةً عني وسيتم التنازل عن أي حقوق في جميع الدعم المستحق لي وللأطفال القاصرين في مجموعة المساعدة لصالح ولاية Ohio.

الخطوة الرابعة عشرة: يُرجى مراجعة المعلومات التالية والتوقيع عليها (يُتبع)

- بتوقيعي على هذا الطلب وتلقي المساعدة النقدية من برنامج OWF، فأنا أتنازل إلى ولاية Ohio عن أية حقوق مستحقة لي متعلقة بإعالة الأطفال أو النفقة الزوجية و/أو الأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق الإعانة الخاصة ببرنامج OWF.
- يتم إصدار الإعانات النقدية على بطاقة EPPICard™. ويمكن استخدام بطاقة EPPICard™ في البنوك الأعضاء بشبكة MasterCard وأجهزة الصراف الآلي ومعظم تجار التجزئة الذين يقبلون التعامل مع MasterCard. لا يمكنني استخدام بطاقة EPPICard في متاجر الخمر، أو الكازينوهات، أو منشآت الألعاب، أو أي من مؤسسات البيع بالتجزئة التي تقدم وسائل ترفيهية للبالغين حيث يتعزى فنائو الأداء أو يخلعون ملابسهم لأغراض الترفيه.
- يجب عليّ تفعيل بطاقة EPPICard™ في غضون 90 يومًا من إصدار الإعانات وبطائتي الأولى وفي حالة لم يتم تفعيل بطاقة EPPICard™ في غضون 90 يومًا، فسيتم حذف الإعانات الخاصة بي من حسابي.
- **إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج Child Care، فأنا أقر وأوافق على ما يلي:**
- قد يقوم مكتب JFS في مقاطعتي أو إدارة ODJFS بمشاركة الموافقة والرفض وحالة التقديم الخاصة بطلب رعاية طفلي مع مقدم الرعاية المدرج اسمه في هذا الطلب أو إلى أي مقدم رعاية تم تعيينه نتيجة لأي تغيير في طلي. كما أفهم أن مشاركة هذه المعلومات مع أي مقدم رعاية غير مدرج في هذا الطلب يتطلب التوقيع على إصدار منفصل بموجب قانون Ohio المعدل.
- لا يمكنني استخدام إعانات برنامج PFCC إلا للأطفال المؤهلين وحتى الحد الأقصى من الساعات التي يصرح بها مكتب JFS بالمقاطعة. وكى أظل مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج PFCC، يجب عليّ سداد المدفوعات المشتركة المطلوبة (إن وجدت) إلى مقدم الرعاية. وقد يؤدي عدم سداد المدفوعات المشتركة المطلوبة إلى إيقاف إعانات برنامج PFCC.
- إذا تمت الموافقة على منحي إعانات برنامج مساعدة رعاية الطفل (CCAP)، سأكون مسؤولاً عن تسجيل حضور طفلي في البرنامج بدقة باستخدام نظام آلي لتتبع الحضور. ويشمل ذلك التسجيل في النظام وتسجيل معلومات الهوية الشخصية والتي سأستخدمها في الوصول إلى النظام وتكون بمثابة توقيع إلكتروني. أدرك أنه لا يُسمح لمقدم رعاية طفلي بتسجيل حضور طفلي نيابةً عني ولا يجوز له الوصول إلى معلوماتي الشخصية. وأدرك أن نظام تتبع الحضور قد يلتقط صورة لي أو صورة لمن يبوب عني/المشرف بوصفه جزءاً من عمليتي تسجيل الدخول والخروج. كما أدرك أنني مسؤول عن الموافقة على أي تغييرات يجريها مقدم الرعاية في نظام تتبع الحضور فيما يتعلق بحضور طفلي للبرنامج.
- إذا التحق طفلي ببرنامج حاصل على تصنيف الجودة (Step Up To Quality)، وإذا تم إجراء تقييم لطفلي، فسيتم جمع البيانات ورفعها إلى إدارة ODJFS.
- لقد تلقيت شرحاً بشأن متطلبات تحديد أهلية رعاية الطفل، والأسباب التي قد تجعلني غير مؤهل، وحقي في طلب جلسة استماع عامة، ومسؤوليتي في إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة بالتغييرات والعقوبات، بما في ذلك إمكانية رفع دعوى مدنية أو المقاضاة الجنائية، نتيجةً للحجب أو التزوير المتعمد للمعلومات أو إساءة استخدام إعانات رعاية الطفل، بما في ذلك إساءة استخدام النظام الآلي لتتبع الحضور الخاص برعاية الطفل.
- يجب عليّ إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة عن أية تغييرات قد تؤثر على أهليتي، بما في ذلك التغييرات في دخل أسرتي، وساعات العمل/التدريب/التعليم، وحجم الأسرة، والعنوان. وأدرك أنني ملزم بالإبلاغ عن هذه التغييرات في غضون 10 أيام من حدوثها.
- كما أن توقيعني يمنح الموافقة على إصدار معرف الطالب على مستوى الولاية (SSID) الصادر عن النظام لكل طفل مدرج في هذا الطلب.
- معلومات حول مقدمي رعاية الأطفال:
- يجوز للوالدين اختيار أي برنامج معتمد لتقديم إعانات برنامج PFCC. وتشمل هذه البرامج: المراكز، ودور رعاية الأطفال الأسرية، ووسائل المساعدة المنزلية، والمخيمات النهارية للأطفال المنتشرة في أنحاء ولاية Ohio.
- إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة فيما يتعلق باختيار مقدم رعاية، يمكنك الاتصال بالوكالة المحلية لموارد رعاية الطفل والإحالة (Child Care Resource and Referral Agency).
- يمكنك استخدام دليل رعاية الطفل الخاص بنا للبحث عن البرامج التي تناسب احتياجات رعاية طفلك على <https://childcaresearch.ohio.gov>. يمكنك الدليل من البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، والخدمات المقدمة، وأيام وساعات العمل. كما تتوفر معلومات حول كل برنامج؛ بما في ذلك البرامج الحاصلة على تصنيف الجودة، وأي اعتماد أو انتساب إضافي لجهة، وعمليات فحص الترخيص، والشكاوى المثبتة بالأدلة.
- تساعد البرامج الحاصلة على تصنيف الجودة الأسر على اختيار برامج رعاية الأطفال التي تتجاوز الحد الأدنى لمعايير الترخيص. تُظهر البرامج المُصنفة مستويات أعلى من الجودة بعدة طرق. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول البرامج الحاصلة على تصنيف الجودة، تفضل بزيارة موقع DCY الإلكتروني لرعاية الطفل على <https://jfs.ohio.gov/child-care/> step-up-to-quality/for-families.
- يمكنك أيضاً زيارة موقعنا الإلكتروني لمعرفة المزيد حول فحوصات Medicaid الصحية وخدمات التدخل المبكر لطفلك. للحصول على هذه المعلومات، انتقل إلى <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.
- إذا كنت ترغب في تقديم شكوى بشأن مقدم الرعاية فيما يتعلق بالانتهاكات المشتبه بها لقواعد الترخيص، يمكنك الاتصال بمركز المساعدة في سياسات رعاية الطفل (Child Care Policy Help) على الرقم 1-877-302-2347، الخيار 4.

- ◀ إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج **Cash Assistance**، فإننا أقر وأوافق على ما يلي:
- تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أفصح عن جميع المعاشات السنوية وغيرها من الأدوات المالية المماثلة التي لي أو لزوجي/زوجتي فيها أي مصلحة.
 - بتوقيعي على هذا الطلب وحصولي على إعانات برنامج **Medicaid**، فإننا أتنازل لولاية **Ohio** عن أية حقوق لي تتعلق بالدعم الطبي وأية حقوق تتعلق بالمدفوعات من قبل أي طرف ثالث مسؤول عن توفير المساعدة الطبية المستحقة لي و/أو لطفلي (الأطفال) القاصر في مجموعة المساعدة الخاصة بي. أفهم أنه يجب علي إبلاغ إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio (Ohio Department of Medicaid)** بشأن أي تأمين صحي لدي أو أي طرف ثالث مسؤول عن نفقاتي الطبية. أمنح الإدارة الحق في السعي للحصول على الدعم الطبي من زوج سابق أو أحد الوالدين. إذا اعتقدت أن التعاون للحصول على الدعم الطبي سيضر بطفلي (أطفالي) أو بي، فإننا أفهم أنه يمكنني إخبار الإدارة وقد لا أضطر إلى التعاون.
 - أن إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio** ستتحقق من إجاباتي باستخدام أرقام الضمان الاجتماعي والمعلومات من مصادر البيانات الحاسوبية، بما في ذلك دائرة الإيرادات الداخلية (**IRS**)، وإدارة الضمان الاجتماعي (**SSA**)، ووزارة الأمن الداخلي (**DHS**)، وغيرها. وفي حالة عدم تطابق المعلومات، فيحق لإدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio** مطالبتني بإرسال المزيد من المعلومات.
 - ستحصل إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio** على معلومات حول موارد المالية من البنوك أو الاتحادات الائتمانية أو المؤسسات المالية الأخرى لتحديد مدى أهليتي للحصول على المساعدة الطبية. وسيظل التفويض بالحصول على هذه المعلومات ساريًا حتى:
 - يتم رفض طلبي للحصول على المساعدة الطبية؛
 - تنتهي أهليتي للحصول على المساعدة الطبية؛
 - أقوم بإبلاغ إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio** كتابيًا برغيتي في إنهاء التفويض.
 - وفي حالة رفضي لتفويض إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio** للحصول على المعلومات عني من المؤسسات المالية، أو قراري بإنهاء التفويض الذي منحتة لها، أعلم أنه من الممكن رفض تقديم المساعدة الطبية لي أو إيقافها.
 - إذا تم إيداعي في إحدى المؤسسات بشكل دائم أو إذا بلغت من العمر 55 عامًا أو أكثر أثناء تلقي إعانات برنامج **Medicaid**، قد يسترد برنامج استرداد التركة (**Estate Recovery Program**) المدفوعات الخاصة بتكلفة رعايتي التي دفعها برنامج **Medicaid** من تركتي بعد وفاتي. قد تشمل تكلفة رعايتي مدفوعات الرؤوس (عدد الأشخاص) التي يدفعها برنامج **Medicaid** لخطة الرعاية المدارة الخاصة بي، حتى لو كانت مدفوعات الرؤوس أكبر من تكلفة الخدمات التي تلقيتها بالفعل.
 - أفوض أي شخص يقدم الرعاية الصحية أو الإمدادات أو الخدمات الطبية بتزويد إدارة **Medicaid** في ولاية **Ohio**، أو إدارة خدمات العمل والأسرة في ولاية **Ohio (Ohio Department of Job and Family Services)**، أو وزارة الصحة في ولاية **Ohio (Ohio Department of Health)** بأية معلومات تتعلق بمدى ومدة ونطاق الخدمات المقدمة بموجب برنامج **Medicaid** وبرنامج التغذية التكميلية الخاص بالنساء والرضع والأطفال (**WIC**) وبرنامج المساعدة الطبية الأخرى. أدرك أنني أفوض الإدارات المذكورة سابقًا بتبادل أي معلومات قدمتها لتمكين الإدارات من تحديد أهليتي للحصول على إعانات المساعدة الطبية.
 - يطلب برنامج **Medicaid** من معظم المستفيدين التسجيل في خطة رعاية مدارة. ستتلقى معلومات في البريد حول هذا الأمر إذا تقرر أنك مؤهل للحصول على إعانات برنامج **Medicaid**.
 - يقدم برنامج **Healthchek** خدمات الرعاية الصحية الوقائية لجميع الأطفال المؤهلين للحصول على إعانات برنامج **Medicaid** تحت سن 21 عامًا والنساء الحوامل. قد يتلقى الطفل المؤهل للحصول على إعانات برنامج **Medicaid** فحوصات مجانية من برنامج **Healthchek** لفحص النظر والسمع.

أفوض _____ أن يكون ممثلي في برنامج _____.

(اسم الممثل المفوض)

(مثال: برنامج SNAP أو برنامج OWF)

- بالنسبة لبرنامج **Medicaid**: ستحتاج إلى إكمال نموذج **ODM 06723** "تعيين الممثل المفوض"
- إذا كنت بحاجة إلى أكثر من ممثل مفوض، يُرجى الاتصال بمكتب **JFS** في مقاطعتك.

التاريخ	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض
التاريخ	اكتب اسم مقدم الطلب أو الممثل المفوض

- نهاية الطلب -

إعادة إرسال الطلب هذا إلى مكتب **JFS** المحلي في مقاطعتك

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم **(800) 877-8339**.



لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية AD-3027 Form، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم **(866) 632-9992**، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل AD-3027 على:

البريدي العنوان :

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314



الفاكس:

833-256-1665 أو 202-690-7442



البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov



هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

يُرجى عدم إرسال معلومات، مثل طلبات التقدم أو وثائق الإثبات، إلى عنوان وزارة الزراعة الأمريكية (United States Department of Agriculture (USDA)) المذكور أعلاه. فهذا العنوان مخصص للشكاوى بخصوص الحقوق المدنية فحسب. يُرجى إرسال أوراق الطلب أو وثائق الإثبات إلى مكتب JFS المحلي بمقاطعتك.