

طلب المساعدة المالية أو الغذائية Application for Cash or Food Assistance

إذا كنت في حاجة إلى المساعدة لقراءة أو إكمال هذا النموذج، فيرجى الاتصال بنا للحصول على المساعدة.
احتفظ بهذه الصفحة في سجلاتك.

كيف يمكنني أن أقدم طلباً للحصول على المساعدة المالية أو الغذائية؟

يمكنك أن تبدأ العملية الآن بواسطة تقديم الطلب بشكل شخصي في مكتب خدمات المجتمع. يجب أن تحمل الوثيقة اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع الممثل المفوض.

- قد تحصل على مزيد من المزايا أو أن تحصل عليهم في وقت أقرب إذا بدأت في طلبك وأكملته وأرسلته لنا مع أية معلومات أخرى نطلبها منك في أسرع وقت ممكن.
 - تستطيع أن تأخذ طلبك إلى المكتب المحلي. لمعرفة المواقع راجع موقع www.dshs.wa.gov.
 - أرسل طلبك بالفاكس إلى 1-888-338-7410
 - أرسل طلبك إلى الإدارات التالية: DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
 - ويمكنك أيضاً تقديم الطلب عن طريق الإنترنت www.washingtonconnection.org
 - للحصول على تأمين الرعاية الصحية، يجب أن تقدم الطلب إما عن طريق الإنترنت على موقع www.wahealthplanfinder.org أو من خلال الاتصال بم
- 1-855-923-4633** (أو باستخدام طلب الرعاية المنزلية HCA) للحصول على تأمين الرعاية الصحية (HCA 18-001).

متى يمكنني الحصول على المساعدة المالية والغذائية؟

إذا كنت في حاجة إلى المساعدة الغذائية على الفور، فيرجى الإجابة عن الأسئلة 1 إلى 14 والتوجه بهذا النموذج إلى المكتب المحلي. نحن نقرر ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الغذائية 7 إذا أظهرت ما يُثبت هويتك استوفيت أحد الشروط التالية:

- سيكون لدى أسرتك دخلاً أقل من 150 دولار كإجمالي الدخل وأقل من 100 دولار كموارد سائلة هذا الشهر.
- أن يكون دخل أسرتك ومواردها أقل من الإيجار الشهري والخدمات.
- أن تشمل أسرتك أحد الفقراء المهاجرين أو أحد عمال الحقول الموسمين.

تُحَرَّر المزايا في اليوم التالي لاتخاذنا القرار بأهليتك. علينا أن نقرر ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة غذائية في غضون 30 يوماً من تاريخ إرسال طلبك. عادةً ما تبدأ المساعدة المالية في اليوم الذي نتلقى فيه طلبك. وإذا أرسلت طلبك من مؤسسة، يكون تاريخ البدء هو تاريخ الإرسال. عادةً ما تبدأ المساعدة المالية في اليوم الذي نحصل فيه على كافة المعلومات التي تساعدنا على اتخاذ قرار ما إذا كنت مؤهلاً.

الحقوق المدنية

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفدرالي وسياسة ولوائح حقوق الإنسان في وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر تماماً على وزارة الزراعة الأمريكية ومنظماتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة أو التي تدير برامج وزارة الزراعة الأمريكية التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الدين أو الجنس أو التوجه الجنسي السن أو الإعاقة، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميول الجنسية) وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية. كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد عملائها وموظفيها، والمتقدمين للوظائف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو تحديد النوع (بما في ذلك التعبير عن النوع) أو التوجه الجنسي أو الإعاقة أو السن أو الحالة الاجتماعية أو الوضع العائلي أو وضع الوالدين، أو دخل الفرد من أي برنامج للمساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو التعصب لنشاط حقوق مدنية مسبق في أي برنامج أو نشاط أو إجراء تموله الوزارة. (لا تنطبق كل قواعد الحظر على كل البرامج). تختلف مواعيد ملء الشكاوى والعلاجات حسب البرنامج.

قد يتوفر هذا البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يجب على الأفراد ذوي الإعاقة الذين يحتاجون وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال طريقة برايل، طباعة الورق بحروف أكبر، تسجيل صوتي، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال على المؤسسة المسؤولة (محلية أو على مستوى الولاية) حيث يمكنهم التقديم للحصول على المزايا. يمكن للأفراد الصم أو المصابين بضعف السمع أو لديهم إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). فضلاً عن ذلك، يمكن أن تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى بخلاف اللغة الإنجليزية.

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى للتمييز في أحد البرامج، قم باستكمال نموذج الشكوى AD-3027 الخاص ببرنامج وزارة الزراعة الأمريكية للتمييز، والموجود على الإنترنت من خلال الرابط: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، وفي أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، من خلال الاتصال بالرقم 1-833-620-1071، أو إرسال خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية يحتوي على اسم صاحب الشكوى، والعنوان، ورقم الهاتف، ووصف كتابي للشكوى المزعومة لإعلام السكرتير المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. أرسل نموذج الشكوى الذي أكملته أو خطابك إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. البريد: Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria VA 22314;

2. فاكس: (202) 690-7442؛ أو (833)-256-1664؛ أو

3. البريد الإلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov

هذه الجهة على قدم المساواة لموفر الخدمة، وصاحب العمل، والمقرض.

حالة الهجرة وأرقام التأمين الاجتماعي

قد يمكنك الحصول على المساعدة لبعض الأشخاص الذين تقيم معهم حتى وإن لك تكن تستطيع الحصول للأخريين الذين تقيم معهم بسبب حالة الهجرة. يجب أن تخبرنا بحالة الهجرة الخاصة بأي شخص يقدم الطلب. الحالات الغربية لمقدمي الطلب من أفراد الأسرة قد تخضع للتدقيق من قبل دائرة المواطنة الأمريكية وخدمات الهجرة USCIS (المعروف سابقا باسم دائرة الهجرة والجنسية INS) من خلال تقديم المعلومات من الطلب لدائرة المواطنة الأمريكية وخدمات الهجرة. المعلومات الواردة من الدائرة، على أساس هذا الطلب، قد تؤثر على الأهلية ومبالغ الاستفادة.

بموجب القانون الفدرالي (قانون اللوائح التنظيمية الفدرالي 45 [CFR] 205.52 و 7 قانون اللوائح التنظيمية الفدرالي § 273.6)، يجب عليك أن تعطينا رقم التأمين الاجتماعي (SSN) الذي يخص أي من الأشخاص الذين يقدموا طلب ال مساعد0629 المؤقتة للأسر المحتاجة (مخيم التنف) أو المساعدة الغذائية. قد نكون في حاجة أيضا إلى أرقام التأمين الاجتماعي الخاص بالوالدين والأزواج ومن تسكن معهم ولا تقدم الطلب لهم. نحن نستخدم أرقام التأمين الاجتماعي للتحقق من الهوية والتأكد من الأهلية ومنع عمليات النصب وتحصيل المطالبات. نحن نتبادل المعلومات مع الوكالات الأخرى لإدارة برامجنا واتباع القانون. قد نعطي هذه المعلومات إلى وكالات إنفاذ القانون في محاولة القبض على المجرمين الفارين.

إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة الغذائية وغيرها من البرامج

يجب علينا اتباع قواعد SNAP لمعالجة طلبك. ويشمل ذلك معالجة الطلب في غضون فترة زمنية محددة، وإصدار إشعارات مناسبة، وتقديم المشورة المتعلقة بحقوقك الإدارية. لا يمكننا أن ننكر المساعدات الغذائية الخاصة بك لمجرد رفض طلبك للحصول على برامج المساعدات الأخرى.

السرية والمساعدة المالية والغذائية

يسمح قانون الطعام والتغذية لعام 2008، كما تم تعديله، للإدارة بتحصيل المعلومات التي نطلبها في الطلب، بما في ذلك رقم التأمين الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة. نستخدم نظام SSN للتحقق من الهوية والتحقق من الأهلية ومنع الغش وجمع المطالبات. حيث نتبادل المعلومات مع الوكالات الأخرى لإدارة برامجنا واتباع القانون. يعد تقديم المعلومات المطلوبة أمرا تطوعيا. ومع ذلك، فإن تعذر تقديم رقم التأمين الاجتماعي أو إثبات التقدم بطلب الحصول على رقم التأمين الاجتماعي بدون عذرا مقبولا سوف ينتج عنه رفض المساعدة الغذائية الأساسية لكل فرد يتعذر عليه تقديم رقم التأمين الاجتماعي. نحن نتأكد من بعض هذه المعلومات عن طريق برامج المطابقة بالحاسب الآلي بما في ذلك الدخل الفدرالي ونظام التحقق من الأهلية (IEVS).

قد تؤثر المعلومات التي يتم إبلاغ إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية بها على أهلية الحصول على تأمين الرعاية الصحية التي يتم إدارتها من قبل هيئة الرعاية الصحية ووكالة تبادل المزايا الصحية.

نحن نستخدم هذه المعلومات ل:	قد نعطي هذه المعلومات إلى:
<ul style="list-style-type: none"> تحديد من يكون مؤهلا لبرامجنا. تحصيل السداد الزائد للإعانة. إدارة برامجنا. التأكد من اتباعنا القانون. 	<ul style="list-style-type: none"> وكالات الولاية والوكالات الفدرالية للاستخدام المكتبي فقط. وكالات إنفاذ القانون تلاحق الأشخاص الفارين لتجنب القانون. وكالات التحصيل الخاصة لتحصيل السداد الزائد للمساعدة الغذائية.

تحذير عقوبة المساعدة الغذائية

نحن نفحص المعلومات الخاصة بمقدمي الطلبات للحصول على المساعدة الغذائية بالفعل بالتعاون مع الوكالات الأخرى للتأكد من صحة معلوماتك. إذا وردت أية معلومات غير صحيحة، فإن الأشخاص المتقدمين بالطلب قد لا يحصلوا على المساعدة الغذائية. إذا قدم مقدم الطلب معلومات وهو على علم بعدم صحتها، فيمكن أن يتم محاكمتهم جنائيا. تختلف عقوبات خرق قواعد المساعدة الغذائية عن عمد من الاستبعاد من البرنامج أو الغرامات أو ربما السجن.

يمكن لأي عضو الذي يكسر أي من القواعد عن قصد أن يتعرض لـ:

- المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية الأخرى وقوانين الولاية المعمول بها.
- المنع من برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP لمدة تتراوح بين سنة واحدة إلى المنع الدائم سنة واحدة إلى المنع الدائم.
- غرامة تصل إلى 250,000 دولارًا أمريكيًا.
- سجن يصل إلى 20 عاما.
- المنع من برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP لمدة 18 شهرا إضافية إذا أمرت المحكمة.

إذا وجدت محكمة بأنك مدان بـ:

تلقى الفوائد في المعاملات التي تشمل:

- بيع المواد الخاضعة للرقابة
 - بيع الأسلحة النارية والذخائر والمتفجرات
 - فوائد الاتجار بأكثر من 500 دولار أمريكي مجتمعة
 - الإقامة أو تزوير الهوية
- قد تتعرض لـ:
- عدم الأهلية لمدة تتراوح بين عامين إلى عدم الأهلية بشكل دائم.
 - عدم الأهلية بشكل دائم.
 - عدم الأهلية بشكل دائم.
 - عدم الأهلية لمدة 10 أعوام.

طلب الحصول على المساعدة المالية والغذائية

Application for Food and Cash Assistance

اطلب منا المساعدة إذا كنت في حاجة إليها لملء هذا النموذج.

1. الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اللقب	توقيع مُقدم الطلب أو الممثل المفوض (مطلوب)	2. رقم هوية العميل (إذا كان معلوم)
3. عنوان الشارع الذي تقطنه	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	4. رقم الهاتف المنزلي الرئيسي الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> رسالة <input type="checkbox"/>
5. عنوان المراسلة (إذا كان مختلفاً)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	6. رقم / أرقام الهواتف الثانوية الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> رسالة <input type="checkbox"/>
				7. عنوان البريد الإلكتروني

8. أنا أتقدم بالطلب للحصول على (ضع علامة على كافة ما ينطبق):

المال الطعام رعاية الأطفال

9. أنا أو أحد أفراد أسرتي (ضع علامة على كافة ما ينطبق):

في حالة عنف عائلي لديه إعاقة

لا نستطيع العمل بسبب مشاكل صحية الحمل؛ الاسم: _____ تاريخ الاستحقاق: _____

10. كم من المال تتوقع أن تكتسبه الأسرة هذا الشهر؟ _____ دولار أمريكي

11. كم من المال تمتلك أسرتك نقدًا وفي الحسابات البنكية؟ _____ دولار أمريكي

12. كم تُسدد أسرتك كإيجار أو رهن عقاري؟ _____ دولار أمريكي

13. ما هي الخدمات التي تُسدها أسرتك؟ التدفئة/التبريد الهاتف أخرى: _____

14. هل يوجد أحدًا في أسرتك يعمل كعامل حقل مغترب أو موسمي؟ نعم لا

15. إذا كان يتم تقديم الطلب للحصول على المساعدة الغذائية، فكم من الأشخاص في أسرتك تشتري وتُحضر الطعام من أجله؟ _____

16. إذا كان يتم تقديم الطلب للحصول على رعاية الأطفال، فما هو النشاط الذي تحتاج إلى الرعاية فيه (ضع علامة على كافة ما ينطبق)؟

العمل المدرسة العمل أولاً برنامج التدريب والتوظيف الأساسي للغذاء (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. أنا في حاجة إلى مترجم فوري. أنا أتحدث: _____ أو التوقيع؛ ترجمة خطاباتي إلى: _____

18. أدرج في قائمة كافة أفراد أسرتك حتى الأفراد الذين لا تتقدم بطلب من أجلهم (أرفق أوراقاً إضافية، إذا لزم الأمر).

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	النوع	النوع (ذكر أو أنثى)	ما هي علاقتك بهذا الشخص؟	تاريخ الميلاد	ضع علامة إذا ما كنت تريد هذه المزايا من أجل هذا الشخص	رقم الضمان الاجتماعي	ضع علامة إذا كان المواطن مواطنًا أمريكيًا	العرق (انظر العينات أدناه)	اسم القبيلة (للهنود الأمريكيين وسكان الاسكا الأصليين)
			أنا		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. إن خلفيتي العرقية من أصل إسباني أو لاتيني: نعم لا

تعد المعلومات الجنسية أو العرقية معلومات تطوعية وسوف لن تؤثر على الأهلية أو المبالغ المستفادة. يتم استخدام هذه المعلومات لضمان فوائد البرنامج ويتم توزيعها دون النظر إلى العرق أو اللون أو الأصل القومي. للحصول على المساعدة الغذائية، تطلب منا وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) الإجابة بالنيابة عنك في حال عدم تقديم أية معلومات أمثلة على العرقية: ذوي البشرة البيضاء أو ذوي البشرة السوداء أو الأمريكيون من أصل أفريقي أو الآسيويين أو سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادي أو الهنود الأمريكيون أو سكان الاسكا الأصليين أو أي مزيج عرقي.



اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل			
أولاً. معلومات عامة					
1. في الثلاثون يوماً الماضية، تلقيت مال أو غذاء من ولاية أخرى أو قبيلة أخرى أو مصدر آخر. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
2. أحد الأشخاص الذين أتقدم بالطلب لهم يسكن خارج ولاية واشنطن: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____					
3. أنا أو أحد أفراد أسرتي أجنبي سُمح له بالإقامة الدائمة في الولايات المتحدة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____					
4. أنا أو أحد أفراد أسرتي في سن الـ 16 عام أو أكبر في (ضع علامة على كافة ما ينطبق): <input type="checkbox"/> مدرسة ثانوية برنامج يُعادل المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> الكلية <input type="checkbox"/> مهنية/صناعية مدرسة من: _____					
5. يوجد شخصاً خارج المنزل مؤقتاً: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____					
6. خدمت أنا أو أحد أفراد منزلي في الخدمة العسكرية، أو الحرس الوطني، أو القوات الاحتياطية، أو نعول شخصاً أو زوجة أحد الذين خدموا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، من هو _____					
7. أنا أو أحد الأشخاص الذي أتقدم بالطلب له فارين من القانون لتجنب الذهاب إلى المحكمة أو السجن بإحدى جرائم الجنايات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
8. أنا أعيش في: <input type="checkbox"/> منزلي أو شقتي <input type="checkbox"/> منزل جماعي <input type="checkbox"/> أخرى: _____					
<input type="checkbox"/> المرافق (اكتب النوع): _____ تاريخ الإدخال: _____					
9. أنا: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مُطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرم <input type="checkbox"/> في شراكة داخلية مُسجلة (علاقة بدون زواج)					
10. أنا أو أحد الأفراد في منزلي مدان بتجارة المساعدات الغذائية للحصول على المخدرات بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
11. أنا أو أحد الأفراد في منزلي مدان بشراء أو بيع مساعدات غذائية بقيمة تزيد عن 500 دولاراً بعد تاريخ 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
12. أنا أو أحد الأفراد في منزلي مدان بتداول المساعدات الغذائية للحصول على الأسلحة والذخائر والمتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
13. أنا أو أحد الأفراد في منزلي مدان بالحصول على مساعدات غذائية في أكثر من ولاية بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
14. أنا أو أحد الأفراد في منزلي: أ. قام بإضرار <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. تجاوز الحدود: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
ثانياً. الموارد أرفق الإثبات؛ النقد فقط					
إن المورد هو أي شيء تملكه أو تشتريه ويُمكن بيعه أو المتاجرة به أو تحويله إلى مال أو نقد يُمكن للأخرين التمسك به: لا تتضمن الموارد الممتلكات الشخصية مثل الأثاث أو الملابس. أمثلة على الموارد:					
• النقد	• الائتمان	• موارد الدفن المالية، الخطط مسبقاً الدفع			
• حسابات جارية	• IRA / 401k	• معدات تجارية			
• حسابات الادخار/التوفير	• المنازل أو الأراضي أو المباني	• مواشي			
• الموارد المالية للكلية	• موارد التقاعد المالية	• تأمين على الحياة			
يُرجى وضع قائمة بالموارد التي تمتلكها أو يمتلكها الزوج أو أي شخص تُقدم الطلب نيابةً عنه أو تقوموا بشرائها:					
المورد	من المالك	الموقع	القيمة		
			دولار		
			دولار		
			دولار		
			دولار		
			دولار		
2. أنا أو زوجي أو أحد الأشخاص الذين أتقدم بالطلب لهم نملك سيارات أو شاحنات أو شاحنات صغيرة أو السيارات الترفيهية أو المقطورات أو مركبات أخرى ذات محركات:					
العام (على سبيل المثال، 1980)	الصنع (على سبيل المثال، فورد)	الموديل (على سبيل المثال، إسكورت)	ضع علامة إذا كانت موجرة	ضع علامة في حال استخدام المركبة من أجل أغراض طبية	المبالغ المستحقة
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دولار
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دولار
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دولار
3. أنا أو زوجي أو أحد الأشخاص الذين أتقدم بالطلب لهم قد قمنا ببيع أو المتاجرة أو هب أو تحويل أحد المارد خلال العامين الماضيين (بما في ذلك الائتمان أو المركبات أو الممتلكات ذات المنفعة العقارية مدى الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فماذا: _____ متى: _____					
ثالثاً. الدخل السنوي (الاستثمارات التي يقوم بها أحد أفراد الأسرة ليتلقى المدفوعات المنتظمة في الوقت الحالي أو في المستقبل)					
من الذي يملك الدخل السنوي؟	الشركة أو المعهد؟	المبلغ أو القيمة	الدخل الشهري	تاريخ الشراء	
		دولار	دولار		
		دولار	دولار		
		دولار	دولار		

اسم مُقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
رابعا. الدخل المكتسب (مرفق إثبات)		
<p>1. أنا أو زوجي أو أحد الأشخاص الذين أتقدم بالطلب له لدينا وظيفة انتهت مدتها خلال الثلاثين يوماً السابقة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. أنا أو زوجي أو أحد الأشخاص الذين أتقدم بالطلب له لدينا دخلاً من العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى إكمال هذا القسم:</p>		
من الذي يربح هذا الدخل	إجمالي المبلغ الذي تم تلقيه (المبلغ بالدولار قبل الاقطاعات)	اسم ورقم هاتف صاحب العمل
اسم ورقم هاتف صاحب العمل	دولار _____ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> إسبوع	تاريخ البدء
تاريخ البدء	<input type="checkbox"/> إسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهر	هل هذه وظيفة توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذه وظيفة توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	عدد الساعات في الإِسبوع: _____	المبلغ الشهري لنفقات التوظيف الذاتي: _____ دولار
المبلغ الشهري لنفقات التوظيف الذاتي: _____ دولار	تواريخ السداد (على سبيل المثال اليوم الأول واليوم الخامس عشر أو كل يوم جمعة): _____	
خامساً. أنواع الدخل الأخرى (ارفق الإثبات، يُستخدم لكافة أعضاء الأسرة)		
مزايَا البطالة	دخْل تأميني إضافي	التقاعد أو المعاش
دخْل التأمين الاجتماعي	نفقة دعم الأطفال أو النفقة الزوجية	إدارة المحاربين القدامى (VA) أو الفوائد العسكرية
الدخل القبلي	مزايَا السكك الحديدية	العمل والصناعات (L&I)
الدخل من المقامرة	إيرادات الإيجار	الانتماء
المزايَا التعليمية (قرض الطلاب أو المنح والعمل-الدراسة)		الفوائد / الأرباح
نوع الدخل غير المكتسب	من الذي يحصل على الدخل؟	إجمالي المبلغ الشهري
		دولار _____
		دولار _____
		دولار _____
		دولار _____
		دولار _____
		دولار _____
سادساً. المصاريف الشهرية		
الإيجار	الرهن العقاري	أجرة المساحة
دولار _____	دولار _____	دولار _____
تأمين صاحب المنزل	ضرائب الممتلكات	رسوم أخرى
دولار _____	دولار _____	دولار _____
ما هي الخدمات التي تُسدها أسرتك بشكل منفصل عن الإيجار أو الرهن العقاري؟		
<input type="checkbox"/> التدفئة (الكهرباء/الغاز) <input type="checkbox"/> الكهرباء (لا تدفئة) <input type="checkbox"/> المياه <input type="checkbox"/> الهاتف المنزلي/المحمول <input type="checkbox"/> الصرف الصحي <input type="checkbox"/> القمامة		
تساعدني وكالة أو شخص آخر، مثل الإسكان المدعوم، على سداد إما كل أو جزء من هذه المصاريف: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
في حالة الإجابة بنعم، فمن هو: _____ ما هي التكاليف: _____ المبلغ الذي يتم سداده: _____ دولار		
<input type="checkbox"/> تلقيت دخل منخفض – قانون مساعدات الطاقة المنزلي – على مدار الأشهر الإثنا عشر الماضية		
أنا أو زوجي أو أحد الأشخاص في أسرتي نسد أو يُفترض أن نسد (ضع علامة على كافة ما ينطبق):		
<input type="checkbox"/> رعاية الأطفال أو البالغين التابعين (بما في ذلك تكاليف النقل)	المبلغ الشهري: دولار _____	من يقوم بالدفع: _____
<input type="checkbox"/> الفوائد الطبية للأشخاص ذوي الإعاقات أو من تخطى عمرهم الـ 60 عاماً (بما في ذلك تكاليف النقل وأقساط التأمين الصحي)	المبلغ الشهري: دولار _____	من يقوم بالدفع: _____
<input type="checkbox"/> نفقة دعم الطفل (ارفق الإثبات)	المبلغ الشهري: دولار _____	من يقوم بالدفع: _____
إذا لم نغم بالإبلاغ عن أيٍّ من المصاريف المدرجة أعلاه، فسوف نعتبر هذا كتصريح من أسرتك أنك لا ترغب في تلقي خصماً من هذه المصروفات.		

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
سابقاً. الممثل المفوض		
<p>إن الممثل المفوض هو شخص تسمح له بالتحدث مع إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) حول المزايا الخاصة بك. يُمكنك أن تُعيّن شخصاً، ولكن هذا ليس لزاماً عليك. هل لديك ممثلاً مفوضاً؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل هذا الشخص هو الوصي القانوني؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>قد تكون في حاجة إلى إكمال نموذج الممثل المفوض (إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية 14-532 (DSHS))</p>		
الاسم	العلاقة	رقم الهاتف
عنوان المراسلة	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي
تسجيل الناخبين		
<p>يقدم القسم خدمات تسجيل الناخبين، بما في ذلك التسجيل التلقائي للناخبين. تقديم طلب التسجيل أو عدم التسجيل للانتخاب لن يؤثر على الخدمات أو مقدار الفوائد التي يمكن أن تحصل عليها من هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء استمارة تسجيل الناخبين، فنحن سوف تساعدك. قرار طلب أو قبول المساعدة ملكك. تستطيع ملء نموذج تسجيل الناخبين في خصوصية. إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقلك في أن تسجل أو ألا تسجل في التصويت، أو في خصوصيتك في أن تسجل أو ألا تسجل للتصويت، أو في حقلك في اختيار حزبك السياسي الخاص أو تفضيلاتك السياسية الأخرى، تستطيع رفع شكوى إلى: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>هل ترغب في التسجيل للتصويت أو تحديث سجل الناخبين الخاص بك؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا لم تختَر أي مربع، فسنعتبر أنك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت، إلا إذا كنت مستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين ولم ترفضه. ما لم تكن قد اخترت "لا" المذكورة أعلاه، فقد تكون مستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين. فأنت مستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين إذا كان عمرك لا يقل عن 18 عامًا بحلول الانتخابات القادمة، وكنت من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية، ولدى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) اسمك وعنوان السكن والبريد وتاريخ الميلاد والتحقق من معلومات الجنسية، وتوقيعك الذي يصدق على صحة المعلومات الواردة في هذا الطلب.</p> <p>هل تريد أن تكون مسجلاً تلقائياً للتصويت؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا وضعت علامة داخل المربع "نعم"، أو لم تقم بتحديد أي من المربعات وتفي بمتطلبات استحقاق التسجيل التلقائي للناخبين، فسترسل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) معلوماتك إلى مكتب وزير الخارجية وسيتم تسجيلك تلقائياً للتصويت.</p>		
الإقرار والتوقعات		
<p>إذا كنت تُقدّم الطلي للحصول على المساعدة المالية، فيجب أن يُوقع كافة أفراد أسرتك البالغين (أو الممثلين المفوضين). إذا كنت تُقدّم طلب للحصول على المساعدة الغذائية، فيجب أن يُوقع مُقدم الطلب (الممثل المفوض).</p> <p>أن أدرك أنني يجب أن:</p> <ul style="list-style-type: none"> أقدم المعلومات الصحيحة واتبع متطلبات الإبلاغ. أقدم إثباتاً يثبت أهليتي بالحصول على المساعدة. أخصص حقوقاً محددة لنفقة دعم الطفل إلى ولاية واشنطن عندما أتلقى لمساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة (TANF). ومع ذلك، يُمكنني أن أُطلب من إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) عدم مواصلة نفقة دعم الطفل إذا كان هذا يُعرضني أو يُعرض أطفالتي إلى الخطر. التعاون في متطلبات العمل الخاصة بالمساعدات الغذائية. <p>إذا لم أقم بهذه الأشياء، قد أُحرَم من المزايا أو يجب أن أسدها مرة أخرى.</p> <p>أنا أدرك أنه يُمكن محاكمتي جنائياً إذا قمت بالإدلاء عمداً ببيانات كاذبة أو تعذر علي الإبلاغ بشيء وجب الإبلاغ به.</p> <p>أنا أفوض إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) الاتصال بالأشخاص أو الوكالات الأخرى عند الضرورة لمساعدتي في الحصول على إثبات أهليتي للحصول على المساعدة.</p> <p>لقد قرأت أو أوضحت لي حقوقي ومسئولياتي وتلقيت نسخة من حقوق ومسئوليات العملاء، إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية 14-113 (DSHS). أنا أشهد وأقر بموجب عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بوضع المواطنة أو حالة الإقامة الدائمة للأجانب وللأعضاء الذين تقدموا بطلب الحصول على المزايا.</p>		
توقيع مُقدم الطلب	التاريخ	اسم مُقدم الطلب مطبوعاً
توقيع مُقدم الطلب البالغ الأخر	التاريخ	اسم مُقدم الطلب البالغ الأخر مطبوعاً
توقيع المساعد أو الممثل	التاريخ	اسم الممثل مطبوعاً
توقيع الشاهد إذا تم التوقيع مع "X"	التاريخ	اسم الشاهد مطبوعاً