



## إرشادات استكمال نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك الخاصة بـ:

- المعونة العامة
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية
- برنامج MEDICAID والمعونة الغذائية التكميلية
- خدمات MEDICAID والمعونة العامة

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى طلب/نموذج تجديد الأهلية أو هذه الإرشادات بتنسيقات بديلة، فيمكنك طلبها من دائرة الخدمات الاجتماعية ("المنطقة"). التنسيقات البديلة التالية متوفرة:

- الطباعة بخط كبير
- تنسيق بيانات (ملف إلكتروني يمكن للقارئ الوصول إليه على الشاشة)
- تنسيق صوتي (نسخة صوتية للإرشادات أو أسئلة الطلب/تجديد الأهلية)
- طريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة المذكورة أعلاه لن يكون فعالاً بنفس القدر بالنسبة لك

تتوفر أيضًا إمكانية تنزيل الطلبات/نماذج تجديد الأهلية والإرشادات بخط كبير وتنسيق البيانات وتنسيق صوتي من الموقع [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) أو [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). يرجى ملاحظة أن الطلبات/نماذج تجديد الأهلية متوفرة بتنسيق صوتي وبطريقة برايل للأغراض المعلوماتية فقط. من أجل تجديد الأهلية، يجب عليك تقديم نموذج تجديد الأهلية بتنسيق كتابي غير بديل.

إذا كنت تعاني من أي إعاقات تحول دون استيفاء نموذج تجديد الأهلية و/أو الانتظار لإجراء مقابلة معك، فيرجى إخطار منطقتك. سوف تبذل المنطقة كل جهد ممكن لتوفير وسائل راحة معقولة لتلبية احتياجاتك.

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى أو مساعدة أخرى لإكمال نموذج تجديد الأهلية، فيرجى التواصل مع منطقتك. إننا ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة.

## نصائح لاستيفاء نموذج تجديد الأهلية

في كل مرة ترى فيها مصطلح "المعونة العامة" أو "PA" في نموذج تجديد الأهلية، فهذا يعني "المساعدة الأسرية" و/أو "مساعدة شبكة الأمان". نسمي كلا البرنامجين "المعونة العامة". تم إنشاء برنامج المعونة العامة والبرامج الأخرى التي يمكنك تجديد الأهلية بها باستخدام نموذج تجديد الأهلية هذا لتوفير معونة مؤقتة للمحتاجين. علمًا بأن هناك ثمة برامج تقصر توفير المعونة على مدة محدودة، لذا من المهم لك تحقيق الاكتفاء الذاتي بأسرع وقت ممكن. المنطقة موجودة لمساعدتك في تحقيق الاكتفاء الذاتي. من أجل القيام بذلك، يجب أن نعرف من أنت وماذا تحتاج. هذا هو السبب في أنه يجب عليك ملء نموذج تجديد الأهلية.

في إطار عملية تجديد الأهلية، ستطلب منك المنطقة تقديم معلومات عنك وعن الأفراد الآخرين الذين تقدم لهم تجديد الأهلية. تعرض قائمة متطلبات الوثائق، التي يمكن العثور عليها في نهاية هذه الإرشادات، تبين أنواع المعلومات التي قد يلزم توفيرها وأنواع الوثائق التي تؤكد هذه المعلومات. على سبيل المثال، لإثبات هويتك، يمكنك تقديم بطاقة هوية تحمل صورة شخصية أو رخصة قيادة أو جواز سفر أمريكي أو شهادة جنس أو سجلات مستشفى أو طبيب أو أوراق تبني. بالإضافة إلى ذلك، ستجري المنطقة مقابلة معك كجزء من عملية تجديد الأهلية. قد تجمع المنطقة بين المقابلات لبرامج متعددة حيثما أمكن ذلك.

يُقسم نموذج تجديد الأهلية وهذه الإرشادات إلى أقسام مرقمة لمساعدتك. يرجى مراعاة ما يلي عند ملء نموذج تجديد الأهلية:

- يرجى الكتابة بخط واضح.
- لا تكتب في المناطق المظلمة.
- تأكد من استكمال كل قسم مرتبط بالشخص (الأشخاص) الذي تقدم له تجديد الأهلية.
- استخدم دومًا الأسماء القانونية، ما لم ترد إرشادات بخلاف ذلك.
- إذا كنت تقدم لتجديد الأهلية بصفقتك ممثلًا عن شخص ما، يرجى تقديم معلومات عن ذلك الشخص وليس عن نفسك. تأكد من قيامك أنت والشخص الذي تقدم له الطلب بالتوقيع على الصفحة الأخيرة من نموذج تجديد الأهلية.
- وإذا كنت غير واثق من كيفية استكمال أي جزء من نموذج تجديد الأهلية هذا، فاطلب المعونة من منطقتك.

بالإضافة إلى مستند LDSS-3174: "نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك للحصول على مزايا وخدمات معينة"، احرص على الحصول على نسخ من الكتيبات المعلوماتية التالية التي توفرها منطقتك أو [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- LDSS-4148A: "الكتيب الأول (1): الأمور التي تلزم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B: "الكتيب الثاني (2): الأمور التي تلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية"
- ملحق بالكتيب الأول (1)، LDSS-4148A والكتيب الثاني (2)، LDSS-4148B: "تغييرات هامة في برنامج Medicaid"
- LDSS-4148C: "الكتيب الثالث (3): الأمور التي تلزم معرفتها في حالة التعرض لحالات الطوارئ"

## صفحة الغلاف لنموذج تجديد الأهلية

إذا كنت كفيئاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، يمكنك اختيار تلقي الإشعارات المتعلقة بالبرامج التي تجدد الأهلية فيها بتنسيق بديل. تتوفر التنسيقات البديلة في شكل نسخة بخط كبير أو قرص بيانات مضغوط أو قرص صوتي مضغوط أو بطريقة برايل، في حالة تأكيد عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الأخرى لك.

إذا كنت كفيئاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، فهل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟ إذا كنت كفيئاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تفضل تلقي الإشعارات الخطية المتعلقة بالبرنامج/البرامج التي تجدد الأهلية فيها بتنسيق بديل.

إذا كانت الإجابة بنعم، فتحقق من نوع التنسيق الذي تريده: إذا كنت كفيئاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، وتفضل تلقي الإشعارات المتعلقة بالبرنامج/البرامج التي تجدد الأهلية فيها بتنسيق بديل، ضع علامة (✓) أمام نوع التنسيق المفضل لديك: نسخة بخط كبير أو قرص بيانات مضغوط أو قرص صوتي مضغوط أو بطريقة برايل. تتوفر طريقة برايل كتنسيق بديل في حالة تأكيدك عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الأخرى لك بنفس قدر ملاءمة طريقة برايل لك.

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى أو مساعدة أخرى لإكمال نموذج تجديد الأهلية، فيرجى التواصل مع منطقتك.

## صفحة 1 من نموذج تجديد الأهلية

**القسم 1: حدد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه**

ضع علامة (✓) أمام مربع كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه.

يضم برنامج Medicaid برنامج Medicaid Buy-In للعاملين المعاقين وبرنامج مزايا تنظيم الأسرة. عندما ترى "MA" في نموذج تجديد الأهلية، فهذا يعني برنامج "Medicaid"، والذي كان يسمى سابقاً "المعونة الطبية". يمكنك التقدم لتجديد الأهلية في برنامج MA باستخدام نموذج تجديد الأهلية هذا فقط في حالة كنت تجدد الأهلية لبرنامج المعونة العامة (PA) أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) في نفس الوقت. إذا كنت تريد التقدم لتجديد الأهلية في برنامج Medicaid وبرنامج SNAP، ضع علامة (✓) أمام مربع برنامج "Medicaid (MA) وبرنامج SNAP". إذا كنت تريد التقدم لتجديد الأهلية في برنامج Medicaid وبرنامج PA، ضع علامة (✓) أمام مربع برنامج "Medicaid (MA) وبرنامج PA".

إذا كنت ترغب في التقدم لتجديد الأهلية في برنامج MA فقط، يمكنك الذهاب إلى الموقع <https://nystateofhealth.ny.gov/> أو الاتصال على الرقم 1-855-355-5777 لمزيد من المعلومات أو للتقدم لتجديد الأهلية. ويمكنك استخدام طلب برنامج MA الورقي فقط، نموذج DOH-4220 الذي يمنحك لك الموظف، أو الاتصال بخط مساعدة MA على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت ترغب في تجديد الأهلية في برنامج Medicare الإداخري (MSP) فقط، فيجب عليك التقدم بالطلب باستخدام نموذج DOH-4328، والذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج MA بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج MA DOH-4220.

## القسم 2

ما هي لغتك الأساسية؟: ضع علامة (✓) أمام خانة اللغة "الإنجليزية" أو "الإسبانية" أو "أخرى" للإشارة إلى اللغة شائعة الاستخدام لديك. في حالة وضع علامة (✓) أمام خانة "أخرى"، اكتب لغتك المفضلة.

هل تريد تلقي إشعارات باللغة: سنتلقى إشعارات بخصوص البرامج التي تقدمت لتجديد الأهلية فيها. ضع علامة (✓) أمام خانة "الإنجليزية فقط" أو "الإنجليزية والإسبانية" للإشارة إلى اللغة (اللغات) التي تفضل استلام هذه الإشعارات بها.

## القسم 3: معلومات مقدم الطلب

الاسم: اطلع اسمك، بما في ذلك اسمك الأول والحرف الأول من اسمك الأوسط (M.I.) واسم العائلة.

الحالة الاجتماعية: اكتب حالتك الحالية ما إذا كنت الآن أعزب أو متزوج أو أرمل أو منفصل قانونياً أو مطلقاً. إذا سبق لك الزواج، اكتب حالتك الصحيحة ولا تكتب "أعزب".

رقم الهاتف: اكتب رقم هاتفك، إذا كان لديك واحد.

رقم الهاتف المحمول؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" ما إذا كان هذا رقم هاتف محمول.

**عنوان السكن:** عنوان الشارع: اكتب رقم المنزل أو العقار والشارع والطريق والمنطقة التي تعيش فيها وما إلى ذلك.

**رقم الشقة:** اكتب رقم شقتك، إن أمكن.  
**المدينة:** اكتب اسم المدينة التي تعيش فيها.  
**المقاطعة:** اكتب اسم المقاطعة التي تعيش فيها.  
**الولاية:** اكتب اسم الولاية التي تعيش فيها.  
**الرمز البريدي:** اكتب الرمز البريدي لعنوانك.

**رعاية الاسم:** إذا تلقى شخص آخر بريدك نيابة عنك، فاكتب اسم هذا الشخص.

**العنوان البريدي:** إذا تلقيت بريدك في مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه، فاكتب عنوان الشارع (ورقم الشقة، إن أمكن) أو صندوق البريد والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لهذا الموقع.

**منذ متى وأنت تعيش في عنوانك الحالي؟:** اكتب عدد السنوات و/أو الأشهر التي عشتها في عنوانك الحالي.

**هل هذا مأوى؟:** ضع علامة (✓) "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان المكان الذي تعيش فيه هو مأوى.

**هاتف آخر يمكن من خلاله الوصول إليك:** اكتب رقم هاتف آخر حيث يمكن من خلاله الوصول إليك، إذا كان لديك واحد.

**عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):** اكتب عنوان بريدك الإلكتروني لمنح المنطقة الإذن بالاتصال بك عبر البريد الإلكتروني. **تقديم عنوان بريد إلكتروني غير مطلوب للتقديم.**

**إرشادات للعنوان الحالي:** اكتب الإرشادات حول كيفية العثور على منزلك. استخدم المعالم المعروفة.

**العنوان السابق:** اكتب العنوان الذي كنت تعيش فيه قبل الانتقال إلى عنوانك الحالي.

**إذا كنت حاليًا بلا منزل، فحدد هنا:** إذا لم يتوفر لديك مكان تسكن فيه/ليس لديك عنوان، فضع علامة (✓) أمام هذه الخانة.

**وكالة مساعدة مقدم الطلب/الشخص الذي يمكن الاتصال به:** إذا كان شخص ما يساعدك في تجديد الأهلية، اكتب اسم هذا الشخص ووكالته، إن وجدت، ورقم هاتفه.

**هل تريد المحافظة على سرية جزء Medicaid من نموذج تجديد الأهلية هذا وسرية الاستلام المحتمل لأي تغطية من Medicaid؟:** ضع علامة (✓) "نعم" أو "لا" للإشارة إلى تجديد الأهلية و/أو إعلام الموظف بما إذا كنت تريد المحافظة على سرية تجديد الأهلية و/أو المراسلات خاصتك المتعلقة باستلام أي تغطية من برنامج Medicaid.

**اسرد الأمور التي تغيرت منذ طلبك أو آخر تجديد أهلية:** اسرد أية تغييرات طرأت لك منذ آخر طلب تقدمت به أو تجديد للأهلية، مثل تغيير في العنوان أو قدوم طفل جديد أو تغيير في الدخل أو فقدان وظيفة أو غيرها.

#### القسم 4: إذا كنت تتقدم لتجديد الأهلية في SNAP

اقرأ البيان الوارد في القسم 4 من تجديد الأهلية، ووقع واكتب التاريخ أسفل البيان إذا كان ينطبق عليك أو على أي شخص تتقدم بتجديد الأهلية له. يرجى الاتصال بالمنطقة إذا كانت لديك أسئلة حول هذا القسم.

#### القسم 5: هل ينطبق عليك أي من هذه البرامج؟

ضع علامة (✓) أمام كل حالة تنطبق عليك أو على الشخص الذي تقدم له تجديد الأهلية.

## صفحة 2 من نموذج تجديد الأهلية

#### القسم 6: معلومات الأسرة

**الاسم:** اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط (M.I.) واسم العائلة لكل من يعيش معك، حتى لو لم يتقدم لتجديد الأهلية. ابدأ بنفسك أولاً.

**يجدد هذا الشخص الأهلية للحصول على:** ضع علامة (✓) أمام نوع (أنواع) المعونة لكل شخص سيقدم لتجديد الأهلية له: تشير PA إلى المعونة العامة، و SNAP إلى برنامج المعونة الغذائية التكميلية، و MA إلى برنامج Medicaid.

**تاريخ الميلاد:** اكتب تاريخ الميلاد لكل شخص سيقدم لتجديد الأهلية.

**الجنس والهوية الجندرية:** تضمن ولاية نيويورك حقاك في الوصول إلى إعانات و/أو خدمات الولاية بصرف النظر عن الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. يجب عليك الإبلاغ عن جنسك وجميع أفراد الأسرة ذكر أو أنثى، أو "X". يرجى الإشارة إلى "M" للذكور، أو "F" للإناث، أو "X" لغير الثنائيين أو هوية أخرى. الجنس المبلغ عنه مطلوب لمعالجة طلبك. ولن يظهر على أي بطاقة منافع قد تحصل عليها أو أي مستندات عامة أخرى.

الهوية الجنسية هي كيف تنظر إلى ذاتك ونوع الجنس الذي تصنف به نفسك. يمكن أن تكون هويتك الجندرية مماثلة أو مختلفة عن نوعك الذي تم تحديده عند الولادة. الهوية الجنسية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجندرية أو الهوية الجندرية لأي من أفراد أسرته المعيشية مختلفة عن النوع الذي أبلغت عنه لذلك الشخص وكنت ترغب في توفير الهوية الجندرية، اكتب بخط واضح "ذكر" أو "أنثى" أو "غير ثنائي" أو "X" أو "متحول جنسياً" أو "هوية مختلفة" في المكان المخصص لذلك. إذا كتبت "هوية مختلفة"، فيجوز لك اختيار وصف الهوية الجنسية لذلك الشخص أكثر في المساحة المتوفرة. تقديم هذه معلومات هو أمر تطوعي. لن يؤثر ذلك على أهلية الشخص (الأشخاص) المتقدم أو مستوى المزايا المستلمة.

**صلته بك:** لكل شخص، اكتب علاقته بك (مثلاً: زوج، ابن، ابن بالتبني، صديق، زميل بالغرفة، جار، وما إلى ذلك).

**رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المتقدمين لتجديد الأهلية:** اكتب رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يتقدم لتجديد الأهلية ما لم يكن ذلك الشخص امرأة حامل تتقدم لتجديد الأهلية في برنامج Medicaid فقط.

**أعلى صف أكملته في المدرسة:** أدخل أعلى مؤهل دراسي (من 1 إلى 12) لكل شخص سيقدم لتجديد الأهلية. إذا كان أكثر من 12 عامًا، فأدخل 13.

**هل يشتري هذا الشخص (بما في ذلك الأطفال القاصرون) الطعام أو يُحَضِّر وجبات الطعام معك؟** من المهم وضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لهذا السؤال لكل شخص يعيش معك سواءً أكان سيقدم لتجديد الأهلية أم لا. في بعض الأحيان، قد يحصل الأشخاص الذين يشترون الطعام ويعدون وجبات الطعام بشكل منفصل على المزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

**يرجى إدراج الأسماء الأولى أو الأسماء الأخرى التي تعرفها أنت أو أي شخص في أسرتك:** اكتب أي أسماء قبل الزواج أو أسماء من زواج سابق أو أسماء أخرى يستخدمها أي شخص مدرج في هذا القسم. قم بتضمين الاسم الأول والحرف الأول الأوسط (M.I.) واسم العائلة.

### القسم 7: تغيير في أفراد الأسرة

أكمل هذا القسم في حالة انتقال فأي فرد إلى المنزل أو تركه خلال العام المنصرم.

## صفحة 3 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 8: الجنس/العرق

تقديم هذه معلومات هو أمر تطوعي. لن يؤثر على أهلية الأشخاص المتقدمين أو مستوى الإعانة المُستلمة. سبب طلب هذه المعلومات هو ضمان توزيع المزايا بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي. إذا أكملت هذا القسم، يرجى إدخال "Y" للدلالة على "نعم" لكل شخص يتقدم لتجديد الأهلية في العمود المسمى "H" للإشارة إلى ما إذا كان الشخص من أصول إسبانية و/أو لاتينية. أدخل "Y" للدلالة عن "نعم" في العمود/العمودتين لبيان خلفية الشخص العرقية:

- H = من أصل إسباني أو لاتيني
- I = أمريكي أصلي أو سكان ألاسكا الأصليين
- A = آسيوي
- B = أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
- P = سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ
- W = أبيض
- U = غير معروف

تقديم هذه معلومات هو أمر تطوعي. لن تؤثر على أهلية الأشخاص المتقدمين لتجديد الأهلية أو مستوى المزايا المُستلمة. يعد سبب طلب هذه المعلومات هو التأكد من توزيع إعانات البرنامج دون النظر إلى عرق أو لون أو أصل قومي.

## صفحة 4 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 9: المواطنة/غير المواطنة بحالة هجرة مقبولة

إذا تقدمت أنت أو أي شخص في أسرتك لتجديد الأهلية في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، فيجب عليك إدراج كل فرد في الأسرة، حتى لو لم يتقدم لتجديد الأهلية في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). يجب عليك أيضًا إدراج أي أشقاء وآباء يعيشون مع أي أطفال لتجديد الأهلية في المعونة العامة (PA). في حالة عدم استكمالك هذا القسم للشخص الذي سيقيم تجديد الأهلية، قد لا يحصل هذا الشخص على المعونة.

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط (MI) واسم العائلة لكل شخص يتقدم لتجديد الأهلية أو يجب إدراجه.

حدد إما "مواطن/من سكان البلد" أو "غير مواطن" لكل شخص: بجوار اسم كل شخص، ضع علامة (✓) إما أمام خانة "مواطن/من سكان البلد" لبيان أن الشخص مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، أو خانة "غير مواطن" لبيان أن الشخص ليس مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد.

رقم USCIS (رقم تسجيل الأجانب) أو رقم غير المواطنين: أدخل رقم الشخص الخاص بخدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) أو رقم غير المواطنين، إن وُجد.

### القسم 10: الإقرار

اقرأ بعناية البيانات الموجودة في الجزء السفلي من هذا القسم، ثم وقع واكتب التاريخ على الإقرار الذي يفيد مواطنة أو عدم مواطنة الشخص مع تمتعه بوضع هجرة مقبول وذلك لكل شخص سيقيم/تجديد الأهلية لأي من البرامج التالية. في حالة تقديم أي شخص لتجديد الأهلية مع كونه ليس مواطنًا أمريكيًا أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، فضع علامة (✓) أمام البرامج التي سيقيم لها هذا الشخص لتجديد الأهلية فيها مع عدم كونه مواطنًا وتمتعه بوضع هجرة مقبول:

- المعونة العامة (PA)؛
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، و/أو
- برنامج Medicaid (MA).

"غير مواطن بوضع هجرة مقبول" تعني شخص غير مواطن يتمتع بوضع لا يحرم الشخص من أهليته في الحصول على مزايا برنامج معين. يرجى ملاحظة أن البرامج المختلفة لها متطلبات مختلفة لحالة غير المواطنين. LDSS-4148B: "الكتيب الثاني (2) ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية"، وملحق LDSS-4148B، "ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية (LDSS-4148B.1)" يحتوي على مزيد من المعلومات حول الأوضاع المقبولة لغير المواطنين. يمكنك أيضًا الاتصال بمنطقتك للحصول على مزيد من المعلومات.

يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الشهادة لجميع أفراد الأسرة المتقدمين لتجديد الأهلية. على سبيل المثال، يجوز لولي أمر لا يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه الذي يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين. إذا كان فرد من الأسرة سيقيم لتجديد الأهلية وعمره دون 18 عامًا (أو في عمر 18 عامًا أو أكبر ولكنه غير قادر على توقيع اسمه بسبب إعاقة طبية)، يتعين على فرد بأسرته بلغ 18 عامًا أو أكثر التوقيع نيابة عنه.

وعند التوقيع نيابة عن فرد آخر من أسرتك، قم بتوقيع اسمك أنت. على سبيل المثال، عندما توقع السيدة "ماري دوي" نيابة عن طفلها "جوني دو"، يجب أن توقع "ماري دو".

يشير تحديد مربع وتوقيع الإقرار أنك تقر وتشهد، مع معرفة أن ذلك يقع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أنك و/أو الشخص (الأشخاص) الذي توقع نيابة عنه مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول لكل برنامج تقدم/يقدمون لتجديد الأهلية فيه. في حالة عدم تحديد أحد المرشحين أو عدم إدخال رقم خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) للشخص غير المواطن الذي سيقيم لتجديد الأهلية، قد لا يحصل ذلك الشخص على المعونة.

يحظر عليك التوقيع على الإقرار نيابة عن نفسك أو أي شخص آخر ليس مواطنًا أمريكيًا أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو ليس مواطنًا وليس له وضع هجرة مقبول. علمًا بأن الشخص غير المواطن الذي ليس له وضع هجرة مقبول غير مؤهل للحصول على مخصصات "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" أو برنامج Medicaid (باستثناء خدمات Medicaid أو علاج الحالات الطبية الطارئة). وقد يكون هذا الشخص أيضًا غير مؤهل لخدمات معينة (مثل خدمات الحماية/الوقاية للأطفال أو البالغين).

قد نتأكد من حالة عدم المواطنة لأي فرد من أفراد الأسرة أو جميعهم من يتقدمون لتجديد الأهلية في PA أو مزايا SNAP أو برنامج Medicaid عن طريق إرسال المعلومات التي قدمتها إلينا إلى USCIS. وقد تؤثر المعلومات التي نتلقاها من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية على أهلية أسرتك للحصول على المخصصات ومستوى المزايا.

## صفحة 5 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 11: المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى مركز إعالة الأطفال

لست بحاجة إلى ملء هذا القسم إذا كنت تجدد الأهلية فقط لبرنامج Medicaid وأنك امرأة حامل أو أنجبت خلال 60 يومًا أو تجدد الأهلية لأطفال دون 21 عامًا فقط.

1. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدم لتجديد الأهلية لأي شخص، بمن فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا من أم وأب غير متزوجين و/أو لم تثبت بعد أبوته القانونية.

2. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدم لتجديد الأهلية لشخص، بمن فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا ويعيش أحد والديه على الأقل خارج المنزل.

إذا وضعت علامة (✓) أمام "لا" لكل من هذين السؤالين، تجاوز سائر القسم وانتقل إلى القسم 12. لا يتعين عليك إكمال بقية القسم 11. أما إذا وضع علامة (✓) أمام "نعم" لأي أو كلا السؤالين، يجب عليك استكمال باقي القسم 11.

3. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت دون 21 عامًا.

اسم الفرد الذي يقل عمره عن 21 عامًا: اكتب الاسم الأول والأوسط والأخير لكل شخص حددت له "نعم" للأسئلة 1 و/أو 2 و/أو 3.

اسم الوالد غير الوصي أو الوالد المزعوم أو المفترض والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي: إذا كان معلومًا، اكتب بخط واضح الاسم الأول والأوسط واسم العائلة، والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي للوالد غير الوصي أو الوالد المزعوم أو الوالد المفترض لكل شخص وضعت أمامه علامة (✓) "نعم" للأسئلة 1 و/أو 2 و/أو 3. "الوالد غير الوصي" هو الوالد الوراثي/البيولوجي أو الوالد القانوني أو زوج الأم أو الوالد بالتبني لأي طفل، وتم الإبلاغ عن غياب هذا الوالد عن أسرة الطفل. وفيما يتعلق بالطفل المودع في دور الحضانة، يشمل الوالد غير الوصي أو "الوالد الغائب" أيضًا الوالد الوراثي/البيولوجي، أو الوالد القانوني، أو زوج الأم، أو الوالد بالتبني لأي طفل حيث كان هذا الوالد موجودًا في أسرة الطفل عندما دخل الطفل الحضانة. "الوالد المزعوم" هو الشخص الذي قد يكون والد الطفل الوراثي/البيولوجي ولكن لم يُعلن بعد قانونياً على أنه الوالد. "الوالد المفترض" هو الشخص الذي ينوي أن يكون ملزمًا قانونًا كوالد لطفل ناتج عن المساعدة على الإنجاب. قد يكون الوالد المفترض متزوجًا من والدة الطفل.

## صفحة 6 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 12: إيداع الضرائب/حالة الإعالة

اكتب المعلومات التالية لكل فرد يعيش في المنزل:

الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لكل فرد يعيش في المنزل.

الحالة الضريبية: ضع علامة (✓) أمام الحالة الضريبية المناسبة لكل فرد يعيش في المنزل.

يرجى ذكر أي معالين ضريبيين لا يعيشون معك وتطالب بهم أنت أو أي شخص في أسرتك. إذا كنت لا تسدد الضرائب، يمكنك تجاوز هذه الأسئلة.

اسم المعال الضريبي: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لأي فرد لا يعيش معك، ولكن تدعي أنت أو أي شخص يعيش معك أنه معال ضريبي.

اسم الملف الضريبي: لكل معال ضريبي مدرج، اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة للفرد الذي يعيش في الأسرة والذي يطالب بالمعال الضريبي.

### القسم 13: معلومات الزوج الغائب/المتوفى

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية: اكتب بخط واضح اسم أي شخص متزوج/كان متزوجًا سيجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي شريك حياته.

اسم الزوج(ة): اكتب اسم شريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سيجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي شريك حياته.

تاريخ ميلاد الزوج(ة) وتاريخ وفاة الزوج(ة)، إن وجد: اكتب شهر ويوم وسنة الميلاد والوفاة (إن وجدت) لشريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سابقًا يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

رقم الضمان الاجتماعي للزوج(ة): اكتب بخط واضح رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سابقًا يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.



**عنوان الزوج/الزوجة، إن وجد:** اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لشريك الحياة لأي شخص متزوج يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة. إذا كان غير معروف، اكتب آخر عنوان معروف للزوج(ة).

#### القسم 14: معلومات الطفل الغائب

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية: اكتب اسم أي شخص يجدد الأهلية ولديه طفل يقل عمره عن 21 عامًا ولا يعيش معه.

اسم الطفل الغائب وتاريخ الميلاد: اكتب بخط واضح اسم وشهر ويوم وسنة ميلاد أي طفل دون سن 21 عامًا لا يعيش مع شخص سيجدد الأهلية.

عنوان الطفل: اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لأي طفل حي يقل عمره عن 21 عامًا ولا يعيش مع شخص سيجدد الأهلية.

هل ثبتت أبوتة؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كانت ثبتت أبوة أي طفل دون 21 عامًا لا يعيش مع شخص سيجدد الأهلية.

هل تدفع نفقة للأولاد؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي شخص سيجدد الأهلية يدفع نفقة لطفل دون 21 عامًا لا يعيش معه.

#### القسم 15: معلومات الوالدين في سن المراهقة

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تجدد الأهلية لأجل المعونة العامة.

هل أحد الوالدين دون 18 عامًا (أب/أم في سن المراهقة) في الأسرة؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص سيجدد الأهلية يكون والدًا دون 18 عامًا.

الاسم: اكتب بخط واضح اسم أي شخص سيجدد الأهلية ويكون والدًا دون 18 عامًا.

هل يعيش طفل الأب المراهق/الأم المراهقة في المنزل؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان طفل الشخص الذي يجدد الأهلية ودون 18 عامًا يعيش معك.

اسم طفل الأب المراهق/الأم المراهقة: اكتب بخط واضح اسم طفل أي شخص سيجدد الأهلية دون 18 عامًا.

## صفحة 7 و 8 من نموذج تجديد الأهلية

#### القسم 16: معلومات الدخل

وضح ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من ومن: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 27 للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من أي من أنواع الدخل المدرجة، ولكل إجابة بـ "نعم" اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) المتلقى الأموال.

المبلغ/القيمة وعدد المرات: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) وعدد المرات التي يتلقى فيها كل شخص يحصل على هذا النوع من الدخل. على سبيل المثال، إذا كنت تتلقى 100 دولار في إعانات التأمين ضد البطالة كل أسبوع، فاكتب "100 per week" (100 دولار في الأسبوع) أو "100/wk." (100 دولار/أسبوع).

مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) (الإجمالي الحكومي والفيدرالي): إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك (SSP) بالإضافة إلى مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI)، فاجمع هذه المبالغ معاً وأدخلها في عمود "المبلغ/القيمة وعدد المرات" الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) بالسطر 2. إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك (SSP) فقط، فأدخل هذا المبلغ في عمود "المبلغ/القيمة وعدد المرات" الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) بالسطر 2.

مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة (المستلمة): إذا حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة، فأدخل هذا المبلغ في عمود المبلغ/القيمة ومرات التكرار لمدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في السطر 17. إذا حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة لرعاية طفل في دور الحضانة وكنت تجدد الأهلية للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، فلدك خيارين: يمكنك اختيار تضمين الطفل في الرعاية البديلة ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في الأسرة الخاصة بمزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو يمكنك اختيار عدم تضمين الطفل في الرعاية البديلة ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) الأسرة. اسأل منطقتك عن الخيار الذي سيمنحك المزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة): إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يحصل على مدفوعات نفقة للأولاد، فاكتب اسم الشخص الذي يدفع نفقة الأولى بعد "استلام من" بالسطر 18.

مصادر دخل أخرى: أذكر أي أموال أخرى تتلقاها أنت أو أي شخص يعيش معك، بما في ذلك من يتلقى الأموال، ومقدار ما يتلقاها، وعدد المرات التي يتلقاها.

**التخفيضات والأشخاص والمبلغ/القيمة وعدد المرات:** إذا كنت تجدد الأهلية في برنامج Medicaid، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 15 للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيطالب بأي من التخفيضات الضريبية الفيدرالية المسردة على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي سيطالب بالتخفيضات، والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

**تعديلات أخرى:** أذكر أي تخفيضات ضريبية فيدرالية أخرى سوف تطالب أنت أو أي فرد يعيش معك بها على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي، بما في ذلك الشخص الذي سيطالب بالتخفيضات والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

### القسم 17: معلومات زوج الأم/زوجة الأب/كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

هل يتلقى أو يمتلك زوج الأم/زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل من أي نوع ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي فرد سيجدد الأهلية، بمن فيهم أنت، لديه زوج أم/زوجة أب لا يعيش معك ولديه موارد مالية أو يتلقى أموالاً من أي مصدر. (إذا كان زوج الأم/زوجة الأب تعيش معك، يجب تضمين موارد/ دخل زوج الأم/زوجة الأب في القسم 16، معلومات الدخل.) إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم زوج الأم/زوجة الأب.

هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالتة لدخول الولايات المتحدة، ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول تحت كفالة شخص ما. إذا كانت الإجابة "نعم"، اكتب بخط واضح اسم الشخص غير المواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول.

**اسم الكفيل وعنوانه ورقم هاتفه:** إذا حددت الإجابة "نعم" أعلاه، اكتب بخط واضح اسم الشخص الذي قدم لك أو أي فرد من أهل بيتك الكفالة لدخول الولايات المتحدة وعنوان الكفيل ورقم هاتفه.

## صفحة 9 و 10 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 18: معلومات الوظيفة

أكمل هذا القسم لنفسك ولكل من يعيش معك. إذا كنت موظفًا، فقد تظل مؤهلاً للحصول على المعونة. لأغراض هذا القسم، يعني "سن العمل" بلوغ 18 عامًا أو أكبر، أو 16 عامًا أو أكبر لغير المتعلم.

**إنني حاليًا:** ضع علامة (✓) أمام "الدي وظيفة" أو "الدي عمل حر" أو "عاطل" للإشارة إلى ما إذا كنت تعمل. وإذا كان الأمر كذلك، للإشارة إلى ما إذا كنت تعمل عملاً حرًا أم لصالح شخص آخر.

**إجمالي الدخل:** اكتب المبلغ الذي تحصل عليه قبل الضرائب على أساس أسبوعي أو نصف شهري أو شهري (وليس سنويًا)، إن أمكن. قم بتضمين جميع الأجر والراتب وأجر العمل الإضافي والعمولات والإكراميات.

**ساعات العمل الشهرية:** اكتب عدد الساعات التي تعمل فيها كل شهر، إن أمكن.

**استلام الأجر:** ضع علامة (✓) أمام "أسبوعيًا" أو "كل أسبوعين" أو "شهريًا" لبيان عدد مرات حصولك على الأجر، إن أمكن.

**يوم استلام الأجر في الأسبوع:** كتب يوم الأسبوع الذي تستلم فيه الأجر، إن أمكن

**اسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه:** اكتب اسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه، إن أمكن. اكتب "حر"، وعنوان نشاطك ورقم هاتفك إذا كنت تعمل عملاً حرًا.

هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا لديه وظيفة أو عمل حر، ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "لديه وظيفة" أو "عمل حر" إذا كان يوجد أي فرد يعيش معك يعمل، و اكتب اسمه/اسمها.

**إجمالي الدخل وساعات العمل في الشهر ويوم استلام الأجر في الأسبوع واسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف:** استكمل لأي شخص يعيش معك ويعمل طبقًا للتوجيهات المذكورة أعلاه.

**هل التأمين الصحي متاح من خلال صاحب العمل؟:** إذا كنت تعمل بوظيفة، فضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا يتوفر لديك غطاء تأمين صحي من خلال صاحب العمل.

هل يتمتع أي فرد يعيش معك بتأمين صحي من خلال صاحب العمل ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص يعيش معك يتمتع بغطاء تأمين صحي من خلال صاحب العمل، إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه/اسمها.

**اسم شركة التأمين:** اكتب اسم شركة التأمين الصحي الخاصة بك و/أو شركة التأمين الصحي لأي شخص يعيش معك، إن أمكن.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على نفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أو أي شخص يعيش معك يحصل على نفقات رعاية طفل أو معال (على سبيل المثال، لأحد الوالدين المسنين) بسبب الوظيفة و اكتب اسم الشخص الذي يقدم هذه النفقات.

هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك نفقات أخرى متعلقة بالوظيفة ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص يعيش معك يحصل على نفقات تتعلق بالوظيفة (على سبيل المثال، النقل والزي الرسمي). إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه/اسمها.

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا ومن هو ومتى وأين؟: إذا كنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً، فاكتب اسمك/اسمه/أسماءهم وتاريخ/تواريخ آخر عمل لك/له/لها ومكان عملك/عمله/عملها.

لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟: اكتب السبب/الأسباب التي جعلتك أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً.

هل تقدمت أو أي شخص يعيش معك يطلب للحصول على إعانة بطالة ومن هو ومتى وما هي حالة تقديم الطلب؟: إذا كنت أو أي شخص يعيش معك عاطلاً، فضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدمت/كان تقدم/كانت تقدمت بطلب للحصول على إعانة بطالة. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها ومتى رفعت أنت/ هو دعوى للحصول على إعانة بطالة وما هي حالة الطلب؟

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أو أي شخص يعيش معك مشترك في إضراب (أي متوقف عن العمل احتجاجاً على قرار أو ممارسات صاحب العمل)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

عندما بدأ الإضراب: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك في إضراب، فاكتب التاريخ الذي أضربت فيه.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك تسافر إلى مزارع مختلفة للعمل أو تعمل بالمزرعة فقط أثناء موسم الزراعة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك/تمنعه/تمنعها من العمل بنظام الدوام الكامل أو من تأدية أنواع عمل معينة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

وصف القيود: إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك من العمل بدوام كامل أو من القيام بأنواع معينة من العمل، اشرح الطرق التي تكون بها مقيدًا.

هل تستطيع قبول وظيفة اليوم، وإذا لم تستطع، لماذا؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تستطيع العمل بوظيفة اليوم إذا كانت متاحة لك، وإذا كانت الإجابة بـ "لا"، فاشرح السبب.

ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟: حدد نوع الوظيفة التي تستمتع بتأديتها.

## صفحة 11 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 19: التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟: ضع علامة (✓) أمام أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه.

إذا كان الأمر كذلك، فما هو آخر مؤهل حصلت عليه؟: إذا لم تكمل المدرسة الثانوية، فاكتب آخر صف أكملته.

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™) أو مؤهل عالي، من هو وما الدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان حصل أي فرد آخر يعيش معك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™) أو مؤهل تعليم عالي. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص والدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها.

استكمل الأسئلة التالية لنفسك ولأي شخص يعيش معك لتجديد الأهلية للمعونة أو الحصول عليها:

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا في برنامج تدريبي في آخر 12 شهرًا، ومن هو وأين وما هو البرنامج وتواريخ الاشتراك وتواريخ الانتهاء؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يجدد الأهلية للمعونة قد اشترك في برنامج تدريبي وظيفي في آخر 12 شهرًا، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب بخط واضح اسم ذلك الشخص ومكان حضور برنامج التدريب واسم البرنامج أو نوعية البرنامج وتواريخ حضور هذا الشخص وإنهائه للبرنامج.

هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية، من هو وأين؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية للمعونة أو يحصل على المعونة بالفعل في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب إلى المدرسة أو الكلية، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم ذلك الشخص واسم المدرسة أو الكلية التي يذهب إليها.

هل يوجد من يحصل على بدل تدريب، ومن هو وما المبلغ؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم لتجديد الأهلية للمعونة أو يحصل عليها. إذا كانت الإجابة "نعم"، اكتب بخط واضح اسم ذلك الشخص (الأشخاص) والمبلغ المالي الذي يحصل عليه.

هل يوجد من يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم، ومن هو وما المبلغ؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم لتجديد الأهلية للمعونة أو يحصل عليها، يحصل على منح دراسية أو قروض تعليم. إذا كانت الإجابة "نعم"، اكتب بخط واضح اسم ذلك الشخص (الأشخاص) والمبلغ المالي الذي يحصل عليه.

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة، من هو وما هي المدرسة؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية للمعونة أو يحصل على المعونة بالفعل دون سن 16 عامًا، وإذا كانت الإجابة "نعم"، اكتب بخط واضح اسم (أسماء) ذلك الشخص (الأشخاص) واسم المدرسة (المدارس).

## صفحة 12 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 20: معلومات الموارد

إذا كنت تجدد الأهلية فقط من أجل الحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فلا داعٍ من بيان ما إذا كان لديك تأمين على الحياة أم لا.

حدد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية: بالنسبة للأسطر من 1 إلى 23 ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يجدد الأهلية للحصول على المساعدة لديه أي من الموارد المالية المدرجة.

الشخص: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي لديه موارد.

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ/القيمة: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ بالدولار (\$) أو قيمة الموارد. واحرص على سرد أي ممتلكات مشتركة (موارد تخص فردين أو أكثر، مثل الحسابات المصرفية المشتركة). يتعين على أي فرد سيجدد الأهلية للحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid تضمين الموارد الخاصة بذويهم المسؤولين قانونيًا. هؤلاء هم الأشخاص المكلفين بحكم القانون بالإنفاق عليك أو على أي شخص سيجدد الأهلية، مثل شريك الحياة أو إذا كنت دون سن 21 عامًا أو الأب/الأم أو زوجة الأب/زوج الأم الذي يعيش معك أو أي فرد سيجدد الأهلية.

يملك أو مسجل باسمه سيارة (سيارات) أو مركبات أخرى، ما هو العام والماركة/الموديل وأخرى: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية تمتلك سيارة أو مركبة أخرى، اكتب بخط واضح العام والعلامة التجارية والطرز لكل مركبة في السطر 6. اذكر الموارد، مثل المقطورات وعربات الثلوج والقوارب بعد "أخرى" في السطر 6.

لديه موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه: من المهم جدًا أن تخبر منقطة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها مباشرة بما إذا كنت تحصل أو من المتوقع أن تحصل على أموال من دفعات أموال إجمالية. دفعات الأموال الإجمالية هي عبارة عن مدفوعات لمرة واحدة، مثل تسوية التأمين أو ميراث أو حكم بحصول على أموال نتيجة قضية قضائية أو ربح اليانصيب. راجع LDSS-4148A، "الكتيب 1: ما يجب أن تعرفه عن حقوقك ومسؤولياتك"، لمزيد من المعلومات حول المبالغ الإجمالية.

هل سبق لأي شخص. وضع وديعة في الماضي أو حول إدارة أي أصل إلى وديعة في غضون 60 شهرًا الماضية؟ إذا قمت أنت أو شريك حياتك بنقل أو تنازل عن أية أصول في غضون 36 شهرًا (60 شهرًا لعمليات التحويل إلى وديعة) قبل اليوم الأول من الشهر الذي تتلقى فيه خدمات دار الرعاية وقمت بإرسال طلب الحصول على مخصصات برنامج Medicaid، فقد تكون غير مؤهل للحصول على خدمات دار الرعاية أو خدمات في المنزل أو المجتمع بموجب برنامج Medicaid.

إذا قمت أنت أو أي شخص أو شريك حياتك أو شريك حياة أي فرد سيقدم طلبًا (حتى إذا لم يتقدم شريك الحياة بطلب أو كان يعيش في المنزل) بوضع وديعة أو تحويل أي أموال إلى وديعة خلال خمسة أعوام الماضية، فاكتب تاريخ وضع الوديعة أو تحويل الأموال إلى وديعة بالسطر 23.

## الصفحات من 13 إلى 15 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم 21: المعلومات الطبية

وضح ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية، وإذا كان الإجابة "نعم"، فمن هو؟: ضع علامة (□) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي من المواقف المسردة تسري عليك أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية للحصول على المساعدة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم الشخص الذي يسري عليه الموقف. احرص على سرد جميع أنواع التأمين الصحي وتأمين المستشفى/الحوادث التي تحظى بها أو متوفرة لأي شخص سيجدد الأهلية.

سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر قبل شهر تجديد الأهلية: قد يكون برنامج Medicaid قادراً على دفع الفواتير الطبية للرعاية التي حصلت عليها خلال الأشهر الثلاثة السابقة للشهر الذي تقدمت فيه بطلب للحصول على المعونة. إذا كنت قد دفعت الفاتورة بالفعل، فقد تتمكن من دفع الفاتورة لك إذا قررنا أنك كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid في ذلك الوقت. قد تتمكن من الدفع لك حتى إذا لم يقبل الطبيب أو أي مزود آخر برنامج Medicaid، ولكن لا يمكننا أن ندفع لك سوى المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid فقط إذا كانت الفاتورة مقابل الخدمات التي كان سيغطيها برنامج Medicaid.

**الحمل:** إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيجدد الأهلية لامرأة حامل، فاكتب بخط واضح تاريخ الولادة وعدد الأطفال المتوقع ولادتهم في السطر 14.

**اختيار الخطة الصحية:** أكمل هذا القسم لأي شخص يجدد الأهلية للحصول على مزايا برنامج Medicaid. يطلب من معظم الأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid الانضمام إلى خطة صحية للرعاية المدارة ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار خطة صحية. إذا كنت لا تعرف الخطة الصحية المتاحة، فاسأل العامل الخاص بك أو اتصل بخط المعونة الخاص باختيار الرعاية المدارة لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-505-5678.

**اسم النظام المسجل فيه:** اكتب اسم الخطة (الخطة) الصحية التي يرغب أي شخص يجدد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid في التسجيل فيها. إذا كنت لا تعرف الخطة الصحية المتاحة لك، اسأل المنطقة.

**اسم العائلة والاسم الأول:** اكتب بخط واضح اسم العائلة والاسم الأول لكل شخص يجدد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid.

**تاريخ الميلاد:** اكتب بخط واضح الشهر المكون من رقمين واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من رقمين من تاريخ ميلاد كل شخص يجدد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid.

**الجنس:** اكتب بخط واضح "M" للذكور، أو "F" للإناث، أو "X" للهوية غير الثنائية أو هوية أخرى للإشارة إلى جنس كل شخص يجدد الأهلية للحصول على Medicaid.

**رقم التعريف (من بطاقة MEDICAID إذا كانت لديك بطاقة):** عند تجديد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid، اكتب بخط واضح رقم التعريف الموجود على بطاقة Medicaid هنا.

**رقم الضمان الاجتماعي:** اكتب بخط واضح رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يجدد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid.

**موفر الرعاية الأساسي أو مركز صحي (حدد الخانة إذا كان الموفر الحالي):** اكتب بخط واضح اسم موفر الرعاية الصحية الأولية (أي ممارس عام أو طبيب الأسرة) أو المركز الصحي الذي يرغب أي فرد يجدد الأهلية لبرنامج Medicaid في استخدامه. إذا كان هذا هو الموفر أو المركز الذي يستخدمه الشخص بالفعل، فضع علامة (✓) أمام الخانة. يجب عليك التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

**اسم ورقم هوية اختصاصي التوليد/طبيب النساء (حدد الخانة إذا كان الموفر الحالي):** إذا احتاج أي شخص يجدد الأهلية للحصول على برنامج Medicaid إلى رعاية وخدمات طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN)، فاكتب بخط واضح اسم طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN) الذي يرغب مقدم الطلب في استخدامه. إذا كان مقدم الطلب يزور طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN) هذا بالفعل، فضع علامة (✓) أمام الخانة. يجب عليك التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

يجب التأكد من قبول الطبيب أو موفر الرعاية الذي تزوره لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

## القسم 22: المسكن

ما اسم صاحب العقار وعنوانه ورقم هاتفه؟ إذا كان لديك مالك، فقم بكتابة اسم المالك وعنوانه ورقم هاتفه.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات أخرى متعلقة بالمسكن؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع إيجار أو رهن عقاري أو نفقات مسكن (مثلاً الغرفة والإقامة)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر. إذا كنت مكلفاً بسداد رهن عقاري، فاكتب مبلغ الضرائب العقارية وتأمين المالك (شاملاً تأمين ضد الحريق).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بسداد فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟: بخصوص السطور من 1 حتى 8، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع أي من النفقات المسردة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر. بخصوص الأسئلة بالسطور من 9 حتى 11، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية للحصول على أي من هذه التسهيلات.

## القسم 23: نفقت أخرى

وضح ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية، وإذا كان الإجابة بـ "نعم"، فالمبلغ: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية لإجراء أي من المدفوعات المدرجة في الأسطر من 1 إلى 5. حدد في السطر 6 أي نفقات غير مدرجة. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب مبلغ الدفعات أو النفقات وعدد مرات دفعها (على سبيل المثال، 100 دولار في الأسبوع أو 100 دولار/أسبوع).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك سيجدد الأهلية في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عامًا؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيجدد الأهلية في ذمته أربعة أشهر أو أكثر من نفقة الأطفال.

## صفحة 16 من نموذج تجديد الأهلية

## القسم 24: معلومات أخرى

هل تشتري أو تخطط لشراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل أو تقديم الطعام الجماعي؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يجدد الأهلية يشتري حاليًا أو ينوي شراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل (مثل Meals on Wheels) أو خدمات تقديم الطعام الجماعي (مثلًا كافيتريا في العقار الذي تسكن فيه).

هل أنت قادر على الطهي أو تحضير الوجبات في المنزل؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان لديك مكان بالمنزل يمكنك الطهي فيه.

لأغراض الأسئلة الواردة في الأسطر من 10 إلى 12، تعني عبارة "العسكرية الأمريكية":

- الجيش الأمريكي
- البحرية الأمريكية
- خفر السواحل الأمريكية
- قوات المارينز الأمريكية
- القوات الجوية الأمريكية
- البحرية التجارية الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية

هل سبق لك أو أي شخص في أهل بيتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان سبق لك أو أي شخص يعيش معك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه.

هل سبق لشريك حياتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان سبق لشريك حياتك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه.

هل يوجد أي شخص في أهل بيتك معال على شخص سبق له الانضمام أو منضم حاليًا إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك معتمد ماليًا على شخص منضم أو سبق له الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص المعال.

حدّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كانت المواقف المشروحة في الأسئلة التسع التالية تسري عليك أو أي شخص يعيش معك، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص الذي تنطبق عليه الحالة. إذا لم تفهم هذه الأسئلة، فاطلب من منطقتك شرحها لك. يُرجى ملاحظة أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

حالة نقل ملكية العقارات: ضع علامة (✓) أمام مربع "أمتلك" أو "لا أمتلك" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص سيجدد الأهلية يبيع أو ينقل ملكية أو يتنازل عن أي عقار من أجل الحصول على المعونة العامة أو مزايا برنامج SNAP. يُرجى ملاحظة أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

## الصفحات من 17 إلى 23 من نموذج تجديد الأهلية

### الإشعارات والتنزلات والتفويضات والموافقات

اقرأ **جميع** المعلومات الواردة في هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأها لك. يحتوي هذا القسم على معلومات هامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك المتعلقة بالحصول على المساعدات فضلاً عن العقوبات التي قد تتعرض لها (مثلاً الغرامة و/أو السجن) في حالة عدم الوفاء بمسؤولياتك الواردة في هذا القسم. بتوقيعك على نموذج تجديد الأهلية وإرساله، فإنك تقر بفهمك والموافقة على البيانات المذكورة في هذا القسم.

**الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية:** إذا كنت تريد لشخص تجديد الأهلية للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابة عنك و/أو تريد شخص لا يعيش معك الحصول على مزايا برنامج SNAP نيابة عن و/أو استخدامها لشراء الطعام لك، فاكذب بخط واضح اسم ذلك الشخص وعنوانه ورقم هاتفه في المربع. فهذا الشخص هو "الممثل المفوض". يجب على "الممثل المفوض" التوقيع مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية نموذج تجديد الأهلية. إذا كان أهل بيتك لا يعيشون في أي مؤسسة، يجب على أي فرد بالغ مسؤول من أهلك التوقيع على نموذج تجديد الأهلية مع كتابة التاريخ، ما لم يعين أهل بيتك "الممثل المفوض" للقيام بهذا خطأً.

**الإفصاح عن المعلومات الطبية:** ضع علامة (✓) أمام "ممنوع كشف معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز"، و/أو "ممنوع كشف معلومات الصحة العقلية" و/أو "ممنوع كشف معلومات تعاطي المخدرات والكحول" في حالة عدم موافقتك على كشف هذه المعلومات الطبية بشأنك و/أو بشأن أعضاء الأسرة الذين سيجدون الأهلية حسبما يسمح به القانون.

**قسم التوقيع:** اقرأ هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. ينص قانون ولاية نيويورك على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة. بتوقيعك على نموذج تجديد الأهلية وإرساله، فإنك تقر بفهمك والموافقة على البيانات المذكورة في هذا القسم، وأن جميع المعلومات التي قدمتها في نموذج تجديد الأهلية هذا أو ستقدم إلى دائرة الخدمات الاجتماعية مكتملة وصحيحة إلى حد علمك.

**توقيع مقدم الطلب وتاريخ التوقيع:** وقع اسمك مع كتابة تاريخ توقيعك على نموذج تجديد الأهلية، ما لم تعين الممثل المفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) للتوقيع على نموذج تجديد الأهلية أنك تعيش في مؤسسة، وفي أي حالة يجوز للممثل المفوض التوقيع مع كتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية. إذا كنت لا تقيم في مؤسسة، يتعين عليك والممثل المفوض التوقيع على نموذج تجديد الأهلية مع كتابة التاريخ، ما لم تعين الممثل المفوض للحصول على مزايا برنامج SNAP للقيام بذلك خطأً. إذا ملئت نموذج تجديد الأهلية نيابة عن شخص آخر، فوقع اسمك، وليس اسم الشخص الذي تمثله، واكتب التاريخ الذي وقعت فيه.

**توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس وتاريخ التوقيع:** إذا كنت متزوجاً وستجدد الأهلية للحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid، يتعين على شريك حياتك التوقيع على نموذج تجديد الأهلية وتاريخه. إذا كنت متزوجاً وستجدد الأهلية للحصول فقط على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، يتعين على الزوج أو الزوجة فقط التوقيع على نموذج تجديد الأهلية وتاريخه. إذا كان لديك ممثل حارس، يتعين عليه التوقيع على نموذج تجديد الأهلية وتاريخه.

**توقيع الممثل المفوض وتاريخ التوقيع:** إذا عيّنت ممثل مفوض للحصول على مزايا برنامج SNAP للتوقيع على نموذج تجديد الأهلية، يتعين عليه التوقيع على نموذج تجديد الأهلية وتاريخه.

**أطلب إغلاق ملفي في:** لا تحدد أيًا من هذه المربعات أو توقع على هذا القسم أو تؤرخه إذا كنت تريد إرسال نموذج تجديد الأهلية. لا تكمل ما يلي إلا إذا كنت تريد إغلاق ملفك في برنامج واحد أو أكثر من برنامج. لطلب إغلاق ملفك، ضع علامة (✓) أمام المربع بجوار هذا البرنامج ووقع واكتب التاريخ في المكان المشار إليه. يرجى ذكر سبب هذا الطلب.

**نموذج تسجيل المصوت:** الصفحتان الأخيرتان في نموذج تجديد الأهلية عبارة عن نموذج تسجيل المصوت. لن يؤثر استخدام النموذج لتسجيل أو رفض تسجيل التصويت على القرار المتخذ بشأن تجديد الأهلية خاصتك للحصول على المزايا أو مبلغ المساعدة الذي قد تتلقاه. إذا كنت تريد المعونة في ملء نموذج تسجيل المصوت، فاطلبه من منطقتك.

إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:	عامل الأهلية	الأغراض المعلوماتية متطلبات التوثيق		
<p>بطاقة الضمان الاجتماعي المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA) رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب لغير المواطنين الذين يسعون للحصول على برنامج Medicaid للعلاج في حالات الطوارئ فقط أو المتقدمين لبرنامج Medicaid فقط من النساء الحوامل.</p>	<p><input type="checkbox"/> رقم الضمان الاجتماعي (بالنسبة للمعونة العامة ومزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج Medicaid فقط، لا يتعين عليك تقديم دليل على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك ما لم يكن رقم الضمان الاجتماعي الذي تقدمه غير مطابق لسجلات إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة (SSA) أو لا يمكن التحقق منه من قبل الوكالة).</p>	<p>هذه القائمة التالية من عوامل الأهلية ومتطلبات التوثيق هي لأغراض إعلامية فقط. ستبلغك منطقتك بأي من عوامل الأهلية التي سيطلب منك إثباتها. قد يُطلب منك إثبات عوامل الأهلية الأخرى غير المدرجة أدناه. قد تتمكن من تقديم وثائق غير مدرجة أدناه لإثبات متطلبات الأهلية هذه. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص متطلبات التوثيق، فيرجى الاتصال بمنطقتك.</p>		
<p>شهادة ميلاد شهادة المعمودية سجلات المستشفى جواز سفر أمريكي سجلات الخدمة العسكرية شهادة التجنس وثائق خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) دليل على الإقامة المستمرة في الولايات المتحدة منذ ما قبل 7/2/11.</p>	<p><input type="checkbox"/> المواطنة أو حالة غير المواطنين الحالية - مواطنو الولايات المتحدة مؤهلون للحصول على المعونة العامة وبرنامج SNAP وبرنامج Medicaid. يجب أن يكون غير المواطنين في وضع هجرة مقبول حتى يكونوا مؤهلين للحصول على المعونة العامة أو برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج Medicaid. حالة الهجرة ليست عامل أهلية للنساء الحوامل أو الأطفال المهاجرين المتقدمين لطلب الحصول على Child Health Plus B. المهاجرون غير الشرعيين وغير المهاجرين المؤقتين مؤهلون فقط لعلاج الحالات الطبي الطارئة.</p>	<p>✓ <input checked="" type="checkbox"/> اثنتان مما يلي (إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج Medicaid فقط، فأنت بحاجة إلى إحضار نموذج واحد فقط لكل عامل أهلية تم فحصه.)</p>	<p>إثبات هذا العامل، قدم:  ✓ <input checked="" type="checkbox"/> واحدة مما يلي أو</p>	<p>عامل الأهلية</p>
<p>سجلات الأجور الحالية دفع المغلفات على الورق، ومعدل الأجر في الساعة؛ وساعات العمل في الأسبوع؛ وتاريخ الدفع الأول، وإذا كان جديداً ورقم هاتف صاحب العمل السجلات التجارية السجلات الضريبية السجلات والمواد ذات الصلة المتعلقة بإيرادات ونفقات العمل الحر إقرار ضريبة الدخل الحالي التحقق من المساهمة الحالية بيان من الغرفة، النزول، المستأجر سجلات ضريبة الدخل</p>	<p><input type="checkbox"/> الدخل المكتسب من صاحب العمل  <input type="checkbox"/> من العمل الحر  <input type="checkbox"/> الدخل من الإيجار أو الغرفة/مكان إقامة</p>	<p>✓ <input checked="" type="checkbox"/> بيان من شخص آخر رقم ضمان اجتماعي تم التحقق منه شهادة الميلاد/المعمودية</p> <p>✓ <input checked="" type="checkbox"/> إقرار من رجال الدين سجلات التعداد إشعار في صحيفة بيان من شخص آخر</p> <p>✓ <input checked="" type="checkbox"/> بيان من شخص آخر البريد الحالي السجلات المدرسية</p> <p>✓ <input checked="" type="checkbox"/> إقادات من أشخاص آخرين</p>	<p>صورة الهوية رخصة القيادة جواز سفر أمريكي شهادة التجنس سجلات المستشفى للطبيب ورقة الاعتماد</p> <p>شهادات الزواج/الوفاة اتفاق الانفصال وثيقة الطلاق سجلات الضمان الاجتماعي سجلات شؤون المحاربين القدامى</p> <p>بيان من مالك العقار إيصال الإيجار الحالي أو عقد الإيجار سجلات الزهن العقاري</p> <p>بيان من المالك غير القريب السجلات المدرسية</p>	<p><input type="checkbox"/> الهوية يجب أن تثبت من أنت.</p> <p><input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية يجب أن تثبت ما إذا كنت متزوج(ة) أو مطلق(ة) أو منفصل(ة) أو أرمل(ة).</p> <p><input type="checkbox"/> السكن يجب أن تثبت المكان الذي تعيش فيه.</p> <p><input type="checkbox"/> تكوين/حجم الأسرة يجب أن تثبت من يعيش معك.</p>
<p>بيان من محكمة الأسرة بيان من شخص دفع الإعانة سجلات التحقق شهادة المنحة الحالية المراسلات الرسمية مع وزارة العمل في ولاية نيويورك شهادة المنحة الحالية التحقق من المزايا الحالية المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA) شهادة المنحة الحالية التحقق من المزايا الحالية المراسلات الرسمية من شؤون المحاربين القدامى</p>	<p><input type="checkbox"/> الدخل غير المكتسب إعالة الطفل  <input type="checkbox"/> مزايا التأمين ضد البطالة (UIB)  <input type="checkbox"/> مزايا الضمان الاجتماعي (بما في ذلك دخل الضمان التكميلي)  <input type="checkbox"/> مزايا المحاربين القدامى</p>	<p>وثيقة التأمين سجلات التعداد السجلات المدرسية بيان من شخص آخر بيان الطبيب المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA) إشعار في صحيفة سجلات شركة التأمين السجلات المؤسسية سجلات حالة الوكالة وملفات مدفوعات الدفن بيان من شخص آخر</p>	<p>شهادة ميلاد شهادة المعمودية سجلات المستشفى سجلات التيني شهادة التجنس رخصة القيادة</p> <p>شهادة الوفاة مخصصات الباقين على قيد الحياة سجلات المستشفى شؤون المحاربين القدامى أو السجلات العسكرية أوراق الطلاق إثبات الزواج</p>	<p><input type="checkbox"/> العمر يجب عليك إثبات عمر كل شخص يتقدم بطلب للحصول على المساعدة، عند الاقتضاء.</p> <p><input type="checkbox"/> الوالد الغائب إذا كان والد أي طفل في منزل لا يعيش معك، فيجب عليك إثبات ذلك.</p>
			<p>قسائم الدفع الإقرارات الضريبية سجلات الضمان الاجتماعي أو شؤون المحاربين القدامى خطابات التحديد النقدي بطاقات الهوية (التأمين الصحي) رخصة القيادة أو التسجيل</p>	<p><input type="checkbox"/> معلومات الوالد الغائب يجب عليك تقديم أي معلومات لديك: الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد والوظيفة</p>



إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:	عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:	عامل الأهلية
	<input type="checkbox"/> أخرى _____	خطاب المنحة قسائم الرواتب	<input type="checkbox"/> الدخل غير المكتسب (المشترك)
		بيان من المدرسة بيان من بنك خطاب المنحة	<input type="checkbox"/> تعويض العاملين
		بيان من البنك أو الاتحاد الائتماني بيان من الوسيط/الوكيل	<input type="checkbox"/> منح وقروض التعليم
إيصال الإيجار الحالي عقد الإيجار الحالي دفتر/سجلات الرهن العقاري سجلات ضريبة الممتلكات والمدارس بيان المالك فواتير الصرف الصحي والمياه سجلات تأمين صاحب المنزل فواتير الوقود فواتير غير مرافق التدفئة فواتير الهاتف	<input type="checkbox"/> نفقات المسكن يجب أن تثبت كم يكلفك العيش في المكان الذي تعيش فيه (قد تحتاج إلى تقديم وثائق منفصلة لكل عنصر من نفقات المسكن). <b>لا يتطلب برنامج Medicaid توثيق نفقات المسكن.</b>	خطاب المنحة الحالي التحقق من المزايا الحالية المراسلات الرسمية من مصدر الدخل	<input type="checkbox"/> الفوائد/أرباح الأسهم/الأتعاب
نسخ من الفواتير الطبية (المدفوعة وغير المدفوعة)	<input type="checkbox"/> الفواتير الطبية		<input type="checkbox"/> المعاش التقاعدي/المعاش السنوي الخاص
وثيقة التأمين بطاقة التأمين بيان من مقدم التغطية بطاقة برنامج Medicare	<input type="checkbox"/> التأمين الصحي إذا كنت أنت أو أي شخص يتقدم بطلب لديه تغطية تأمين صحي (حتى لو دفع ثمنها شخص آخر)، فيجب عليك إثبات ذلك.	بيان من الأسرة بيان من دار رعاية المسنين	<input type="checkbox"/> أخرى
بيان من أخصائي طبي يتحقق من الحمل وتاريخ الميلاد المتوقع بيان من أخصائي طبي إثبات مزايا إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أو البرنامج التكميلي للولاية لدخل الضمان التكميلي (SSI) للإعاقة أو العمى	<input type="checkbox"/> معاق/ عاجز/حامل إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك مريضًا أو زوجتك حاملًا، فيجب عليك تقديم دليل.	السجلات المصرفية الحالية سجلات اتحاد الائتمان الحالية شهادة الأسهم السندات بيان من مؤسسة مالية	<input type="checkbox"/> الموارد
نسخة من كل فاتورة توضح المبلغ المستحق ومدة الخدمات والمزود	<input type="checkbox"/> الفواتير غير المدفوعة الإيجار، المرافق	وثيقة التأمين إفادة من شركة التأمين السجلات المصرفية اتفاقية الدفن وثيقة الدفن بيان من مدير الجنازة استرداد الضريبة بيان من مكتب الضرائب	<input type="checkbox"/> الحسابات البنكية: الإدخال والادخار والتقاعد (حسابات التقاعد الفردية (IRA) وخطة (Keogh)
بيان من مقدم العلاج بيان من خدمة التوظيف	<input type="checkbox"/> الإحالة برنامج علاج المخدرات/الكحول <input type="checkbox"/> خدمة التوظيف	صك الملكية بيان من وسيط عقاري تقييم/تقدير القيمة الحالية من قبل الوسيط التسجيل (النماذج القديمة) عنوان الملكية تقييم القيمة الحالية من الوسيط بيانات التمويل بيان من مصدر الدفع	<input type="checkbox"/> الأسهم والسندات والشهادات
أمر المحكمة بيان من مركز الرعاية النهارية أو غيره من مقدمي رعاية الأطفال بيان من مساعد أو مرافق شيكات أو إيصالات ملغاة	<input type="checkbox"/> نفقات أخرى/تكلفة رعاية المعالين يجب عليك تقديم دليل إذا كنت تدفع النفقة الذي أمرت به المحكمة، أو رعاية الأطفال، أو القروض المتكررة، أو مقابل خدمات مساعد أو مرافق الصحة المنزلية.		<input type="checkbox"/> التأمين على الحياة
السجلات المدرسية (بطاقة التقرير الحالية) بيان من المدرسة/أو مؤسسة التعليم العالي	<input type="checkbox"/> الحضور المدرسي يجب أن تثبت من هو في المدرسة		<input type="checkbox"/> ائتمان الدفن أو صندوق الدفن أو اتفاقية الدفن
	<input type="checkbox"/> أخرى:		<input type="checkbox"/> استرداد ضريبة الدخل أو ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC)
			<input type="checkbox"/> العقارات الأخرى غير الإقامة
			<input type="checkbox"/> السيارات
			<input type="checkbox"/> مدفوعات المبالغ المقطوعة