LDSS-3151-AR (Rev. 9/24)

مكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز بولاية نيويورك

نموذج الإبلاغ عن تغييرات لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)

(يرجى الطباعة بوضوح)

الحالة رقم

يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات في ظروفك وفقًا للقواعد المذكورة أدناه.

التاريخ: _____

إلى: _____

عنوان: _____

_____

_____

أكمل هذا النموذج وأرسله بالبريد إلى:

اسم المقاطعة المحلية والعنوان ورقم الهاتف:

مسؤوليتك للإبلاغ عن التغييرات

يُرجى قراءة الأسئلة والقواعد بعناية. إذا لم تبلّغ عن أي تغييرات مطلوب منك الإبلاغ عنها بموجب القواعد، فقد نضطر إلى تقديم طلب بشأن دفع مبالغ زائدة من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) وتحصيل مبلغ المدفوعات الزائدة منك.

التغييرات التي يجب عليك الإبلاغ عنها موضحة أدناه. لا يزال بإمكانك الإبلاغ طوعًا عن أي تغيير يتعلق ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسر، وإذا كان هذا التغيير سيزيد من مستوى معونتك وأثبت هذا التغيير، فسنزيد معونتك.

هل أنت "مُبلّغ بسيط" (6 أشهر) أم "مُبلّغ عن التغييرات"؟ يمكنك الإجابة على هذه الأسئلة لمعرفة ما إذا كنت "مُبلِّغًا بسيطًا" أم "مُبلِّغًا عن التغييرات".

1. هل تتلقى معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الانتقالية البديلة (TBA)؟	☐ **نعم – انتقل إلى "برنامج المعونات الانتقالية البديلة (TBA)" في صفحة 3** (تخطَّ الأسئلة من 2 إلى 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 2 أدناه
2. هل تتلقى معونات مشروع التطبيق المشترك لولاية نيويورك (NYSCAP)؟ هل تحصل على معونات مشروع التطبيق المبسّط لكبار السن (ESAP)؟	☐ **نعم – انتقل إلى (NYSCAP)" في صفحة 3** (تخطَّ الأسئلة من 3 إلى 8) ☐ **نعم – انتقل إلى "مشروع التطبيق المبسّط لكبار السن (ESAP)" في صفحة 3** (تخطَّ الأسئلة من 3 إلى 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 3 أدناه
3. هل مصرّح لك بالحصول على معونات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة ثلاثة أشهر أو أقل في المرة الواحدة؟	☐ **نعم – انتقل إلى "تقرير التغيرات" في صفحة 2** (تخطَّ الأسئلة من 4 إلى 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 4 أدناه
4. هل حصل أي فرد في أسرتك على دخل يتم احتسابه ضمن مبلغ معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك؟	☐ **نعم – انتقل إلى "الإبلاغ المبسّط" في صفحة 2** (تخطَّ الأسئلة من 5 إلى 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 5 أدناه
5. هل كل البالغين (18 عامًا أو أكثر) في أسرتك إما مصابون بإعاقة دائمة أو يبلغون من العمر 60 عامًا أو أكثر؟	☐ **نعم – انتقل إلى "تقرير التغيرات" في صفحة 2** (تخطَّ الأسئلة من 6 إلى 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 6 أدناه
6. هل تحصل أسرتك على دخل يساوي 0 دولار أمريكي (بما في ذلك مساعدات مؤقتة تبلغ 0 دولار أمريكي)	☐ **نعم – انتقل إلى "تقرير التغيرات" في صفحة 2** (تخطَّ السؤال 7 و8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 7 أدناه
7. هل أنت بلا مأوى (غير مقيم) أو من عمال المزارع المهاجرين/الموسميين؟	☐ **نعم – انتقل إلى "تقرير التغيرات" في صفحة 2** (تخطَّ السؤال 8)	☐ **لا –** انتقل إلى السؤال رقم 8 أدناه
8. أجبت بـ "لا" على جميع الأسئلة السبعة أعلاه	☐ **نعم – انتقل إلى "الإبلاغ المبسط" أعلى الصفحة 2**	

قواعد الإبلاغ المبسط: بوصفك ضمن برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسر وفقًا لقواعد "الإبلاغ المبسط"، فأنت مطالب فقط بالإبلاغ عن التغييرات في وقت إعادة الاعتماد التالي، باستثناء الحالات الثلاثة الآتية:

1. **إذا كان الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك يتجاوز 130% من مستوى خط الفقر، فيجب عليك الإبلاغ عن هذا المبلغ الشهري إلى الخدمات الاجتماعية في منطقتك عبر الهاتف أو كتابيًا أو شخصيًا في غضون 10 أيام بعد نهاية الشهر الميلادي الذي تجاوزت فيه مستوى 130%.** الدخل الإجمالي هو مقدار الدخل قبل أخذ الضرائب والخصومات الأخرى، وليس المبلغ الذي تتلقاه عند صرف الشيك. يجب أن نستخدم الدخل الإجمالي في تحديد أهليتك للحصول على معونات برنامج المعونة الغذائية التكميلية. سيوضح الموظف الخاص بك ما يعنيه 130% من مستوى الفقر لعائلة بحجم أسرتك. تجب إضافة أي نوع آخر من الدخل الذي تحصل عليه إلى جانب الإيرادات إلى إجمالي دخلك لمعرفة ما إذا كنت تتجاوز مستوى الفقر بـ 130%. تتضمن أمثلة مصادر الدخل الأخرى التي تُحتسب إعالة الطفل التي تتلقاها والتأمين ضد البطالة ومدفوعات المساعدة المؤقتة (TA) وتعويضات العاملين واستحقاقات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) ومدفوعات العجز الخاصة.

   إذا لم تبلغ بأن دخلك الإجمالي يزيد على 130% من مستوى الفقر في أي شهر ميلادي، فيمكن أن تُعد جميع المعونات التي تتلقاها بعد ذلك الشهر مدفوعات زائدة. وهذا ينطبق حتى لو انخفض إجمالي دخلك عن نسبة 130% من مستوى الفقر في أي شهر قادم.

2. **إذا كانت فترة اعتماد أسرتك أطول من 6 أشهر:** عند نقطة المراجعة بعد ستة أشهر من فترة الاعتماد الخاصة بك، ستتلقى نموذج تقرير دوري **تجب** عليك إعادته في غضون عشرة أيام من استلام النموذج. إذا طرأ على أسرتك أي من التغييرات المدرجة أدناه، **فيجب** عليك الإبلاغ عنها في نموذج التقرير الذي يُرسل إليك عند نقطة مراجعة الستة أشهر.

   قائمة التغييرات التي يجب عليك الإبلاغ عنها عند نقطة مراجعة الستة أشهر:

- التغييرات في أي **مصدر دخل** لأي شخص في أسرتك
- التغييرات في إجمالي **الدخل المكتسب** لأسرتك عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا في الشهر
- التغييرات في إجمالي **الدخل غير المكتسب لأسرتك من مصدر عام** مثل معونات الضمان الاجتماعي أو معونات التأمين ضد البطالة عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا أمريكيًا في الشهر
- التغييرات في إجمالي **الدخل غير المكتسب لأسرتك من مصدر خاص** مثل مدفوعات إعالة الطفل أو مدفوعات العجز الخاصة عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا أمريكيًا في الشهر
- التغييرات في مبلغ **إعالة الطفل** الملزم قانونًا **الذي تدفعه** إلى الطفل خارج برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسر الخاص بك
- تغييرات بخصوص **مَن يقيم معك**
- **إذا انتقلت إلى مكان آخر،** فاذكر عنوانك الجديد وتكاليف الإيجار أو الرهون العقارية الجديدة وتكاليف التدفئة/تكييف الهواء وتكاليف المرافق
- **سيارة جديدة أو مختلفة،** أو أي مركبة أخرى
- الزيادات في **النقد والأسهم والسندات والأموال في البنك** أو مؤسسة الادخار لدى أسرتك في حال كان إجمالي النقد والمدخرات لجميع أفراد الأسرة يبلغ الآن أكثر من 3000 دولارًا أمريكيًا (أكثر من 4500 دولارًا أمريكيًا إذا كان أي شخص في أسرتك مصابًا بإعاقة أو يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر)
- أي تغييرات في أسرتك قد تؤدي إلى عقوبة كما هو موضح في صفحة 6

3. إذا كان أي شخص في أسرتك ضمن برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا على العمل من دون معالين (ABAWD)، فيجب عليه إخطار المقاطعة إذا كانت ساعات عمله تقل عن 80 ساعة كل شهر في غضون 10 أيام بعد نهاية ذلك الشهر. ستعرض المقاطعة وتقدم إليه نشاط عمل مؤهل للشخص البالغ القادر على العمل من دون معالين لمساعدته على تلبية المتطلبات الفيدرالية الخاصة به. إذا كان أي شخص في أسرتك الملتحقة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا من دون معالين، فيجب عليه أيضًا الإبلاغ عما إذا كانت أسرتك قد انتقلت إلى منطقة بها استثناء معتمد فيدراليًا أو إذا كان يعتقد أنه يجب إعفاؤه من المتطلبات الخاصة به.

قواعد الإبلاغ عن التغيرات:

بصفتك ضمن برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسر وفقًا لقواعد "الإبلاغ عن التغيرات"، **يجب** عليك الإبلاغ عن التغييرات التالية في غضون 10 أيام بعد نهاية الشهر الذي حدث فيه التغيير:

- التغييرات في أي **مصدر دخل** لأي شخص في أسرتك
- التغييرات في إجمالي **الدخل المكتسب** لأسرتك عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا في الشهر
- التغييرات في إجمالي **الدخل غير المكتسب لأسرتك من مصدر عام** مثل معونات الضمان الاجتماعي أو معونات التأمين ضد البطالة عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا أمريكيًا في الشهر
- التغييرات في إجمالي **الدخل غير المكتسب لأسرتك من مصدر خاص** مثل مدفوعات إعالة الطفل أو مدفوعات العجز الخاصة عندما يرتفع أو ينخفض بأكثر من 125 دولارًا أمريكيًا في الشهر
- التغييرات في مبلغ **إعالة الطفل** الملزم قانونًا **الذي تدفعه** إلى الطفل خارج برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسر الخاص بك
- تغييرات بخصوص **مَن يقيم معك**
- **إذا انتقلت إلى مكان آخر،** فاذكر عنوانك الجديد وتكاليف الإيجار أو الرهون العقارية الجديدة وتكاليف التدفئة/تكييف الهواء وتكاليف المرافق
- **سيارة جديدة أو مختلفة،** أو أي مركبة أخرى
- الزيادات في **النقد والأسهم والسندات والأموال في البنك أو مؤسسة الادخار** الخاصة بأسرتك في حال كان إجمالي النقد والمدخرات لجميع أفراد الأسرة يبلغ الآن أكثر من 3000 دولارًا أمريكيًا للأسرة التي **لا يوجد** بها فرد مسن أو فرد مصاب بإعاقة دائمة **أو** 4500 دولارًا أمريكيًا لأسرة **يوجد بها** فرد مسن أو فرد مصاب بإعاقة دائمة.
- إذا كان أي شخص في أسرتك ضمن برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا من دون معالين (ABAWD)، فيجب عليه إخطار المقاطعة إذا كانت ساعات عمله تقل عن 80 ساعة كل شهر في غضون 10 أيام بعد نهاية ذلك الشهر. ستعرض المقاطعة وتقدم إليه نشاط عمل مؤهل للشخص البالغ القادر على العمل من دون معالين لمساعدته على تلبية المتطلبات الفيدرالية الخاصة به. إذا كان أي شخص في أسرتك الملتحقة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا من دون معالين (ABAWD)، فيجب عليه أيضًا الإبلاغ عما إذا كانت أسرتك قد انتقلت إلى منطقة بها استثناء معتمد فيدراليًا أو إذا كان يعتقد أنه يجب إعفاؤه من المتطلبات الخاصة به.
- أي تغييرات في أسرتك قد تؤدي إلى عقوبة كما هو موضح في صفحة 6

الإبلاغ عن التغييرات في برنامج المعونات الانتقالية البديلة (TBA) للأسرة التي تتلقى معونات انتقالية:

- يمكن أن تستمر معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الانتقالية لمدة تصل إلى خمسة أشهر بعد إغلاق حالة المساعدة المؤقتة الخاصة بك.
- أنت غير مُلزَم بالإبلاغ عن التغييرات خلال الفترة الانتقالية الخاصة بك. إذا كانت لديك تغييرات قد تزيد من معوناتك، فيجب عليك الاتصال بالموظف لتقديم طلب تجديد الاعتماد المبكر في أي وقت خلال الفترة الانتقالية من أجل الحصول على أي زيادة. لا يمكن إجراء الزيادة حتى يتم تقديم طلب إعادة اعتماد موقّع، وانتهاء عملية إعادة الاعتماد بالكامل.
- تجب عليك تقديم إعادة الاعتماد قرب نهاية الفترة الانتقالية الخاصة بك لمعرفة ما إذا كان بإمكانك الاستمرار في تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بعد انتهاء الفترة الانتقالية. وسنرسل إليك إشعارًا يذكّرك بضرورة إعادة الاعتماد. إذا لم تُعِد الاعتماد، فلن نرسل إليك أي إشعار آخر وسنضطر إلى إغلاق ملف برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاص بك.

الإبلاغ عن تغييرات مشروع التطبيق المشترك لولاية نيويورك (NYSCAP) للمشاركين فيه:

- في منتصف مسار اعتمادك في NYSCAP، ستتلقى نموذج "اتصال مؤقت" يجب عليك إكماله وإعادة إرساله.
- بخلاف خطاب الاتصال المؤقت، أنت غير مُلزَم بالإبلاغ عن التغييرات خلال فترة الاعتماد الخاصة بك. يمكنك الإبلاغ طوعًا عن الزيادات في نفقاتك الطبية أو نفقات المأوى أو تكاليف التدفئة/تكييف الهواء أو تكاليف المرافق أو انخفاض دخلك. إذا أبلغتَ عن هذه التغييرات وتحقّقت منها، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزيد من مزايا SNAP. أنت غير مُلزَم بذلك، ولكن عليك الإبلاغ عن عنوانك الجديد في حالة الانتقال؛ وذلك حتى تستمر في تلقي أي إشعارات نرسلها إليك.

الإبلاغ عن تغييرات مشروع التطبيق المبسّط لكبار السن (ESAP) للمشاركين فيه:

- تُعد الأسر في مشروع التطبيق المبسّط لكبار السن (ESAP) ضمن المبلّغين البسيطين، ولكن يجب عليهم أيضًا الإبلاغ عن التغييرات التالية في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي حدث فيه التغيير:
  - تغييرات بخصوص مَن يقيم معك
  - إذا بدأ أي فرد في الأسرة في تلقي دخل مكتسب
  - إذا حصل أي فرد من أفراد الأسرة على مكاسب كبيرة في اليانصيب/القمار تبلغ 4500 دولارًا أو أكثر كجائزة نقدية في لعبة واحدة قبل الضرائب أو المبالغ المستقطعة الأخرى.
- ستتلقى خطاب اتصال بعد 18 شهرًا من بدء مشروع التطبيق المبسّط لكبار السن (ESAP). لست مطالبًا بإعادة خطاب الاتصال هذا، ولكن يمكنك القيام بذلك طوعًا، كما يجب عليك توثيق أي تغييرات قبل زيادة معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك.

قواعد الإبلاغ عن المساعدة المؤقتة (TA): القواعد المذكورة أعلاه تنطبق فقط على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP). إذا كنت تتلقى أيضًا مساعدة مؤقتة، فلا يزال يتعين عليك الإبلاغ عن التغييرات الخاصة بالمساعدة المؤقتة في غضون 10 أيام من هذا التغيير، وذلك في استبيانات أهلية الحصول على المساعدة المؤقتة وعند إعادة الاعتماد.

متى يمكنك استخدام هذا النموذج:

يمكن استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن أي تغييرات مطلوبة أو طوعية. يمكنك أيضًا استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على تكلفة رعاية الأطفال أو البالغين ذوي الإعاقة، أو التغييرات في تكاليف المأوى حتى إذا لم تكن قد انتقلت إلى مكان آخر. إذا ارتفعت هذه النفقات، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزيد من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا كان أي شخص في أسرتك ضمن برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا من دون معالين (ABAWD)، فيجب عليه إخطار المقاطعة إذا كانت ساعات عمله تقل عن 80 ساعة كل شهر في غضون 10 أيام بعد نهاية ذلك الشهر. ستعرض المقاطعة وتقدم إليه نشاط عمل مؤهل للشخص البالغ القادر على العمل من دون معالين لمساعدته على تلبية المتطلبات الفيدرالية الخاصة به. إذا كان أي شخص في أسرتك الملتحقة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) شخصًا بالغًا قادرًا من دون معالين (ABAWD)، فيجب عليه أيضًا الإبلاغ عما إذا كانت أسرتك قد انتقلت إلى منطقة بها استثناء معتمد فيدراليًا أو إذا كان يعتقد أنه يجب إعفاؤه من المتطلبات الخاصة به.

يجب إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس أو إحضاره إلى الوكالة المذكورة أعلاه. إذا لم تتمكن من إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس أو إحضاره، فيمكنك أيضًا الإبلاغ عن التغييرات عبر الإنترنت من خلال myBenefits.ny.gov أو عن طريق الاتصال بنا على رقم الهاتف المدرج في الصفحة 1 من هذا النموذج.

الانسحاب من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) - إذا لم تعد ترغب في تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، فسجل هنا للانسحاب من مشاركتك في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP). ستتوقف معونة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. يحق لك الاعتراض على هذا الانسحاب إذا شعرت بأنه تم إعطاؤك معلومات غير صحيحة أو غير كاملة حول أهليتك للحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) من خلال طلب جلسة استماع عادلة في غضون 90 يومًا. يمكنك إعادة التقدم للحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في أي وقت بعد الانسحاب.

X_____

إذا قمت بإخفاء معلومات عن التغييرات التي تطرأ على أسرتك والتي يتعين عليك الإبلاغ عنها، فسوف نعتبرك مدين لنا بقيمة أي معونات إضافية حصلت عليها نتيجة لذلك. إذا قمت بإخفاء المعلومات عن قصد عندما طُلِب منك الإبلاغ عنها، فقد يتم استبعادك أيضًا من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) وقد تخضع لمقاضاة جنائية (انظر "تحذير عقوبة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)" المرفق في صفحة 6).

استخدم النموذج أدناه للإبلاغ عن التغييرات

التغيير في الدخل أو مصدر الدخل - إذا كنت مُبلّغًا بسيطًا، فقد تم شرح قواعد الإبلاغ الخاصة بك بدءًا من صفحة 2. إذا كنت مُبلّغًا عن التغييرات، فقد تم شرح قواعد الإبلاغ الخاصة بك أيضًا في صفحة 2.

اسم الشخص المتلقي للدخل	اسم صاحب العمل أو مصدر الدخل	مبلغ جديد	إجمالي عدد ساعات العمل **في الأسبوع**، إذا كنت تعمل	معدل الحصول عليه
.1		من الدولارات الأمريكية		
.2		من الدولارات الأمريكية		
.3		من الدولارات الأمريكية		

تغيير في الأسرة - أدرج كل الأفراد الجدد في أسرتك بما في ذلك الأطفال حديثو الولادة. أدرج أيضًا الأفراد الذين انتقلوا للعيش معك أو غادروا أو ماتوا.

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة	التغيير (اختر واحدًا)	التاريخ	معدل الحصول عليه (أسبوعيًا، كل أسبوعين، شهريًا)	إجمالي عدد ساعات العمل **في الأسبوع**، إذا كنت تعمل	مصدر الدخل
.1			☐ انضم إلى الأسرة ☐ ترك الأسرة		من الدولارات الأمريكية		
.2			☐ انضم إلى الأسرة ☐ ترك الأسرة		من الدولارات الأمريكية		
.3			☐ انضم إلى الأسرة ☐ ترك الأسرة		من الدولارات الأمريكية		
.4			☐ انضم إلى الأسرة ☐ ترك الأسرة		من الدولارات الأمريكية		

تغيير العنوان

عنوان بريدي جديد	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

إذا لم يكن لديك عنوان للشارع، فقم بإعطاء توجيهات للوصول إلى منزلك (إذا كنت بلا ماوى، فاتركه فارغًا)	رقم الهاتف حيث يمكن الوصول إليك ( ) رمز المنطقة

التغيير في تكاليف السكن - إذا كنت قد انتقلت إلى مكان آخر، فيجب عليك إدراج تكاليفك الجديدة أدناه. حتى إذا لم تكن قد انتقلت إلى مكان آخر، فيمكنك استخدام هذا القسم لإخبارنا بالتغيير الذي طرأ على الإيجار أو مدفوعات الرهن العقاري أو التكاليف الأخرى.

هل أنت مستأجر غرفة أم نزيل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فهل الوجبات ☐ مشمولة ☐ غير مشمولة

الإيجار	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة المبلغ الشهري	التغيير (اختر واحدًا)
هل تدفع **إيجارًا؟**	☐	☐	من الدولارات الأمريكية	☐ كما هو ☐ أكثر ☐ أقل
هل تدفع الرسوم الآتية **بشكل منفصل** عن **الإيجار؟**	نعم	لا		
• التدفئة و/أو تكييف الهواء	☐	☐		
• المرافق (الكهرباء، غاز للطبخ، القمامة، وما إلى ذلك)	☐	☐		
دفع الرهن العقاري	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة المبلغ الشهري	التغيير (اختر واحدًا)
هل تدفع **رهنًا عقاريًا؟**	☐	☐	من الدولارات الأمريكية	☐ كما هو ☐ أكثر ☐ أقل
هل تدفع الرسوم الآتية **بشكل منفصل** عن **الرهن العقاري:**	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة المبلغ الشهري	التغيير (اختر واحدًا)
• الضرائب العقارية	☐	☐	من الدولارات الأمريكية	☐ كما هو ☐ أكثر ☐ أقل
• التأمين على المنازل	☐	☐	من الدولارات الأمريكية	☐ كما هو ☐أكثر ☐ أقل
• التدفئة و/أو تكييف الهواء	☐	☐		
• المرافق (الكهرباء، غاز للطبخ، القمامة، وما إلى ذلك)	☐	☐		

هل تعيش في القسم 8 أم في سكن مدعوم آخر؟ ☐ نعم ☐ لا هل تعيش في إسكان عام؟ ☐ نعم ☐ لا

تغيير في عدد السيارات أو المركبات - هل قام أي شخص في أسرتك بشراء أو بيع أو تداول سيارة أو شاحنة أو قارب أو عربة رحلات أو دراجة نارية أو مركبة أخرى منذ آخر مرة أبلغتنا فيها عن المركبات؟

النوع	الموديل	السنة	في حال البيع، ما المبلغ المُستلم
.1			**من الدولارات الأمريكية**
.2			**من الدولارات الأمريكية**
.3			**من الدولارات الأمريكية**

التغيير في المدخرات - ضع قائمة بالمبلغ **الإجمالي** للمال الذي يمتلكه أفراد أسرتك الآن. أدرج النقد أو حسابات التوفير أو الحسابات الجارية أو الأسهم أو السندات أو الاستثمارات الأخرى. يجب أن تخبرنا ما إذا كانت مدخرات أسرتك قد **زادت** إلى أكثر من 3000 دولارًا أمريكيًا (أكثر من 4500 دولارًا أمريكيًا إذا كان هناك أي شخص في أسرتك يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو تم الإقرار بأنه معاق).	**من الدولارات الأمريكية**

تغيير في رعاية الطفل، أو تكاليف رعاية المعالين أو مبلغ إعالة الطفل المدفوع - هل تغيرت تكاليف رعاية الطفل أو رعاية المعالين؟ إذا حدث ذلك، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزيد من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

التغيير (اختر واحدًا)	لمَن؟	إلى مَن تدفع؟	مبلغ جديد	كم مرة تدفع؟
1. ☐ لم تعُد توجد تكلفة ☐ توجد تكلفة			**من الدولارات الأمريكية**	
2. ☐ لم تعُد توجد تكلفة ☐ توجد تكلفة			**من الدولارات الأمريكية**	
3. ☐ لم تعُد توجد تكلفة ☐ توجد تكلفة			**من الدولارات الأمريكية**	

تغير التكاليف الطبية (الأطباء وأطباء الأسنان والمستشفيات والوصفات الطبية وما إلى ذلك) – أنت مطالب فقط بالإبلاغ عن التغييرات في نفقاتك الطبية عند إعادة الاعتماد. غير أنه يمكنك الإبلاغ طوعًا عن التغييرات في نفقاتك الطبية في أي وقت لأفراد الأسرة الذين ينطبق عليهم ما يأتي:

- 60 عامًا أو أكثر
- زوجة أحد قدامى المحاربين المتوفين مصابة بإعاقة أو أطفاله
- الحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI)
- الحصول على مدفوعات عجز الضمان الاجتماعي
- الحصول على استحقاقات العجز للمحاربين القدامى
- الحصول على استحقاقات حكومية للتقاعد بسبب العجز
- الحصول على استحقاقات تقاعد السكك الحديدية
- الحصول على مساعدة طبية خاصة بالإعاقة

إذا أبلغتَ عن زيادة في نفقاتك الطبية وتحققت منها، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزيد من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

الاسم	نوع التكلفة	المبلغ	ما معدل استحقاق الدفع؟
		من الدولارات الأمريكية	
		من الدولارات الأمريكية	
		من الدولارات الأمريكية	
		من الدولارات الأمريكية	

هل تتوقع استمرار التغييرات التي أبلغت عنها في الشهر التالي؟	☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة **"لا"**، يُرجى التوضيح:

ضع علامة هنا إذا <u>لم تكن لديك أي تغييرات للإبلاغ</u> عنها بخصوص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لأسرتك	☐ لا توجد تغييرات

تغيير المعونات

سنستخدم إجاباتك في هذا النموذج لمعرفة ما إذا كانت معونات أسرتك ستتغير. قبل أن نغير معوناتك، سنرسل إليك إخطارًا يشرح لك ما سيحدث. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيحق لك طلب عقد جلسة استماع عادلة للطعن في القرار.

تأكد من قراءة صفحة 6 والتوقيع عليها ➔

تحذير عقوبات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)

تحذير عقوبة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) - أي معلومات تقدمها في ما يتعلق بطلبك للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) سيتحقق منها المسؤولون الفيدراليون والحكوميون والمحليون. إذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض طلبك للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP). قد تتعرض للملاحقة الجنائية إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن قصد تؤثر في أهلية مبلغ المعونات التي تحصل عليها. أي شخص ينتهك شرطًا من شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط أو أي شخص يفر لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب جناية وتلاحقه هيئة إنفاذ القانون بنشاط يُعد غير مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا تبين أن أحد أفراد الأسرة التي تحصل على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) قد ارتكب انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (IPV)، فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة:

- 12 شهرًا لأول انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)؛
- 24 شهرًا لثاني انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)؛
- 24 شهرًا لأول انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)، استنادًا إلى حكم قضائي بأن الفرد استخدم أو حصل على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في معاملة تتضمن بيع مادة خاضعة للرقابة (المخدرات غير المشروعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب)؛
- 120 شهرًا إذا تبين أنك قدمت بيانًا احتياليًا بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه للحصول على معونات متعددة من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في وقت واحد، ما لم تُعد غير مؤهل نهائيًا بسبب ثالث انتهاك متعمد للبرنامج (IPV)؛

بالإضافة إلى ذلك، يجوز للمحكمة أن تمنع فردًا من المشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة 18 شهرًا إضافية.

الاستبعاد الدائم لفرد بسبب:

- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى ما توصلت إليه المحكمة بخصوص استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو تلقيها في معاملة تتضمن بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات؛
- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى إدانة المحكمة بالإتجار بمعونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أمريكي أو أكثر (يشمل الإتجار استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو حيازتها أو تبديلها أو امتلاكها بشكل غير قانوني)؛
- الانتهاك المتعمد الثاني لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى حكم قضائي بأن فردًا ما استخدم معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو حصل عليها في معاملة تتضمن بيع مواد خاضعة للرقابة (المخدرات غير المشروعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب)؛
- جميع الانتهاكات المتعمدة الثالثة لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

يتم تغريم أي شخص حُكم عليه في جناية بسبب استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو الحصول عليها أو تبديلها أو حيازتها عن قصد بما يصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو السجن مدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها.

قد تُعد غير مؤهل لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو مرتكبًا انتهاكًا متعمدًا للبرنامج إذا:

- قدمت بيانًا خاطئًا أو مضللاً، أو حرّفت الحقائق أو أخفيتها أو حجبتها من أجل التأهل للحصول على المعونات أو الحصول على المزيد من المعونات؛
- أو اشتريت منتجًا باستخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بقصد الحصول على النقود عبر التخلص من المنتج عمدًا وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع؛
- أو ارتكبت أو حاولت ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية بغرض استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو بطاقات الترخيص أو المستندات القابلة لإعادة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) أو تقديمها أو تحويلها أو الحصول عليها أو استلامها أو حيازتها أو الإتجار بها.

بالإضافة إلى ذلك، لا يُسمح بما يأتي، وقد يتم استبعادك من تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو تخضع لعقوبات بسبب الأعمال التي تشمل:

- استخدام أو حيازة بطاقات التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) التي لا تمتلكها من دون موافقة مالك البطاقة؛
- أو استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في شراء مواد غير غذائية، مثل الكحول أو السجائر، أو لدفع ثمن طعام تم شراؤه سابقًا بالائتمان؛
- أو السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) الخاصة بك مقابل نقود أو أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات أو مخدرات أو لشراء طعام لأفراد ليسوا ضمن الأسر في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا حصلت على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أكثر مما ينبغي (مدفوعات زائدة)، فيجب عليك سدادها. إذا كان ملفك نشطًا، فسنسترد المبالغ الزائدة من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) المستقبلية التي ستحصل عليها. أما في حال إغلاق ملف حالتك، يمكنك سداد المدفوعات الزائدة من خلال أي معونات لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) غير مستخدمة ومتبقية في حسابك، أو يمكنك الدفع نقدًا.

في حال تعثرك في سداد مدفوعات زائدة كنت مُلزمًا بها، ستُحال هذه المدفوعات إلى التحصيل، بما في ذلك تحصيل الحكومة الفيدرالية إياها آليًا. قد تُمنع عنك المعونات الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) ومستردات الضرائب التي يحق لك الحصول عليها من أجل سداد هذه المدفوعات الزائدة. وسيخضع الدين أيضًا لرسوم المعالجة.

سيتم استخدام أي معونات من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) حُذفت من حساب التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) الخاص بك لتقليل المدفوعات الزائدة الحالية. وإذا تقدمت بطلب للحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) مرة أخرى، ولم تُسدد المبلغ المستحق عليك، فستخفض معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك إذا بدأت في الحصول عليها مرة أخرى. وسيتم إخطارك، في ذلك الوقت، بمقدار المعونات المخفضة التي ستحصل عليها.

إقرار

أفهم عقوبة الإخفاء أو الإدلاء بمعلومات كاذبة. وأدرك أيضًا أنني سأكون مدينًا بقيمة أي معونات إضافية أحصل عليها من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لأنني لم أقم بالإبلاغ عن التغييرات التي حدثت في أسرتي بشكل كامل. أوافق على تقديم إثباتات لأي تغييرات تم الإبلاغ عنها إذا لزم الأمر. الإجابات في هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أن توقيعي يسمح للمسؤولين الفيدراليين والحكوميين والمحليين بالاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للتحقق من المعلومات التي قدمتها.

التوقيع	التاريخ
X	