

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

تعليم الطفولة المبكرة طلب التقديم لبرنامج أوهايو لمرحلة ما قبل المدرسة (OPP)

إلى عائلات مرحلة ما قبل – الكندركاردين في مدارس مدينة كولمبوس الاعزاء:
لا تُعد برامج مرحلة ما قبل المدرسة إلزامية في ولاية أوهايو في الوقت الراهن، ومع ذلك، تلتزم مدارس مدينة كولمبوس بتقديم تجربة عالية الجودة لمرحلة ما قبل الكندركاردين.
لكي نتمكن من الاستمرار في تقديم هذه الفرصة مع الإعفاء من- الرسوم الدراسية للأطفال المقيمين ضمن نطاق الحضور الخاص بمدارس مدينة كولمبوس، فمن الضروري أن تقوم بإكمال طلب التقديم لبرنامج أوهايو لمرحلة ما قبل المدرسة (OPP).
نشكركم مقدماً على إتمام طلب التقديم لبرنامج أوهايو لمرحلة ما قبل المدرسة (OPP). ونتطلع إلى الشراكة معكم في تعليم الطالب الخاص بكم .

تعليمات التقديم لبرنامج أوهايو لمرحلة ما قبل المدرسة (OPP) :

• للتقديم لبرنامج OPP فقط:

أكمل نموذج اختيار خدمات الرعاية والتعليم المبكر.
يمكنك ترك حقل رقم ترخيص البرنامج فارغاً. يرجى ملاحظة أنه من خلال هذا النموذج، لن يتم فحص طلب OPP للحصول على مزايا أخرى لرعاية الأطفال، مثل PFCC (Title20) أو قسيمة اختيار رعاية الأطفال. (CCVP)

تابع في الصفحة التالية ←

اختيار خدمات الرعاية والتعليم المبكر

أنا _____ أتعلم بطلب حصراً لولاية أهليو
(اطبع اسمك الاول و الاخير)

برنامج ما قبل المدرسة (OPP) للأطفال التاليين:

الاسم	تاريخ الميلاد	رقم ترخيص البرنامج

إقرار: بالتوقيع أدناه، أقر بأن:

- أطلب استكشاف مدى الأهلية لبرنامج OPP فقط.
- أدرك أن هذا الطلب لا يُعد طلباً للحصول على خدمات رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام (PFCC).
- إذا اخترت لاحقاً التقديم لبرنامج PFCC، فسأقدم طلباً جديداً.

توقيع ولي الامر/الوصي: _____

التاريخ: _____

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

***** يبدأ طلب OPP في الصفحة 5 *****

- **الخطوة 1:** ضع علامة في المربع الخاص بمساعدة رعاية الأطفال.
- **الخطوة 2:** أدخل اسم الوالد/الوصي القانوني ومعلوماته.
- **الخطوة 3:** أدخل معلومات الاتصال الخاصة بالوالد/الوصي القانوني.

انتقل إلى الخطوة 7

- **الخطوة 7:** أدرج أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون معك، واملأ كافة الفراغات. أرقام الضمان الاجتماعي غير مطلوبة.
- **الخطوة 8:** بين ما إذا كان أي من أفراد الأسرة يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر.
- **الخطوة 9:** أكمل قسم الشؤون المالية للأسرة بوضع علامة في المربع المخصص إذا كنت قد تلقيت دخلاً هذا الشهر، أو تتوقع تلقيه يرجى أيضاً إدراج مصدر (أو مصادر) الدخل لكل من الوالدين/الأوصياء القانونيين المقيمين في المنزل.
- * ستعمل وثيقة إثبات الدخل الخاصة بك على دعم البيانات التي أدرجتها في الخطوة 9. وقد يتم التواصل معك لاحقاً لتقديم وثائق دخل إضافية.

- **الخطوة 10:** أكمل قسم النفقات المنزلية، وحدد جميع الخيارات التي تنطبق عليك.
- **الخطوة 11:** استكمال قسم الأنشطة المؤهلة لأفراد الأسرة.
- **الخطوة 12:** أكمل هذه الخطوة لطفلك (أطفالك) الملتحقين ببرنامج ما قبل الكندركاردن (Pre-K).
- يمكنك ترك اسم المُرُود وعنوانه فارغين.
- **الخطوة 13:** أكمل هذا القسم لطفلك (أطفالك) المسجلين في مرحلة الكندركاردن أو صف دراسي أعلى.
- **الخطوة 14:** يرجى التوقيع وتدوين التاريخ في نهاية الطلب

***** لن تُقبل الطلبات غير الموقعة وغير المؤرخة. *****

- **خدمات الرعاية والتعليم المبكر الإذن بالإفصاح عن المعلومات:**
يمكن للعائلات تعبئة النموذج DCY 01115 لتمكين برنامج تعليم الطفولة المبكرة التابع لمدارس مدينة كولمبوس من تلقي تحديثات حول حالة الطلب.

Revised 3/30/26



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

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



اتصل بمكتب JFS في مقاطعتك إذا:

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



مصادر أخرى يجب التواصل معها إذا:

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



هل تحتاج إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب؟

- قد يكون لديك ممثل مفوض لمساعدتك في إجراء المقابلات و/أو إكمال النماذج.
- ليس من الضروري أن يعيش ممثلك المفوض معك، ولكن يجب أن يكون شخصًا بالغًا ومسؤولًا.
- يجب عليك إخبار مكتب JFS في مقاطعتك كتابيًا باسم ممثلك المفوض.
- إذا كنت ممثلًا مفوضًا، أكمل الخطوات الواردة في هذا الطلب باستخدام معلومات مقدم الطلب.
- قد تساعد أيضًا وكالات مجتمعية أخرى، مثل بنوك الطعام، في إكمال هذا الطلب.

اتبع هذه الخطوات الأربعة للتقدم بطلب للالتحاق ببرامج المساعدة:

- 1 أكمل هذا الطلب - يبدأ تقديم الطلب في الصفحة 5
في الخطوة الأولى من هذا الطلب، حدد البرنامج (البرامج) الذي تريد الالتحاق به. أجب عن أكبر عدد ممكن من الأسئلة الواردة في الطلب. ومع ذلك، يجب عليك على الأقل ملء بياناتك الشخصية والتي تشمل اسمك، وعنوانك وتوقيعك وتسليم الطلب إلى مكتب خدمات العمل والأسرة (JFS) بمقاطعتك لبدء عملية تقديم الطلب. ملاحظة: يمكنك طلب نسخة من طلبك المكتمل.
- 2 تقديم هذا الطلب
يمكنك أيضًا التقديم عبر الإنترنت من خلال الرابط التالي <https://ssp.benefits.ohio.gov> أو الاستمرار في ملء هذا الطلب الورقي. يُرجى تقديم هذا الطلب الورقي إلى مكتب JFS المحلي بالمقاطعة. للبحث عن مكتب JFS في مقاطعتك، يُرجى زيارة <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory>
- 3 إكمال المقابلة - برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance فقط
سيُرسَل لك مكتب JFS بمقاطعتك خطابًا يتضمن تاريخ ووقت المقابلة عبر الهاتف. سيوضح الخطاب ما إذا كان عليك الاتصال بمكتب JFS في مقاطعتك أو إذا كان العاملين به سيتصلون بك.
- 4 تقديم مستندات التحقق - جميع البرامج
سوف يخبرك مكتب JFS في مقاطعتك بمستندات التحقق المطلوبة منك. يمكنك تقديم مستندات التحقق مع هذا الطلب. انظر الصفحة التالية للحصول على قائمة بأنواع المستندات التي قد تكون مطلوبة.

معلومات وثيقة التحقق

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

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

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



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

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

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

برنامج المساعدة الطبية (Medical Assistance): سيحدد مكتب JFS بالمقاطعة مدى أهليتك للحصول على مساعدات برنامج Medical Assistance

Assistance في غضون 45 يومًا من تاريخ تقديمك للطلب.

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

2. ما هي البرامج التي تتطلب إجراء مقابلة؟

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

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

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

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

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

5. ما هي الخدمات الأخرى التي قد تكون متاحة؟

قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات أخرى مثل:

- خدمات الوقاية والاحتفاظ والطوارئ (PRC)
- خدمات التدخل المبكر
- مهارات العمل
- المساعدة في الحصول على وظيفة

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

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



1. كيف أختار مقدم رعاية للأطفال؟

يجوز للقائمين على الرعاية اختيار أي برنامج معتمد لتقديم رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام (Publicly Funded Child Care (PFCC)). وتشمل هذه البرامج: المراكز، ودور رعاية الأطفال الأسرية، والمخيمات النهارية المعتمدة ووسائل المساعدة المنزلية المنتشرة في جميع أنحاء ولاية Ohio.

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

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

يتوفر المزيد من المعلومات حول المساعدة في رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على الموقع الإلكتروني لإدارة ولاية Ohio لخدمات التوظيف والأسرة (ODJFS) <https://ifs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.

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

3. كيف يمكنني تقديم شكوى بشأن مقدم رعاية الأطفال؟

إذا كنت تريد تقديم شكوى بشأن انتهاك مشتبه به لقواعد الترخيص، يمكنك الاتصال بمركز المساعدة المعني بسياسات رعاية الطفل (Child Care Policy Help) على الرقم 877-302-2347، الخيار الرابع.

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

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

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

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

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

مرفق نموذج طلب تسجيل الناخبين - المساعدة متوفرة

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

☐ نعم - أريد التسجيل للتصويت.

☐ لا - لا أريد التسجيل للتصويت.

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

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

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

برنامج Medical Assistance ☐

برنامج Child Care Assistance ☒

برنامج SNAP ☐

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

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

الخطوة الثانية: أخبرنا عن مقدم الطلب

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

الاسم الأول

الحرف الأول من

اسم العائلة

الاسم الأوسط

هل تحتاج إلى أي من الخدمات التالية؟

ما هي لغتك المفضلة؟

☐ مترجم لغة إشارة

☐ إشعارات مطبوعة بخط كبير

☐ غير ذلك

☐ مترجم

هل سبق لك أن حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على إعانات برنامج SNAP، أو برنامج Cash Assistance، أو برنامج Assistance Medical، أو برنامج Child Care Assistance؟

☐ لا

☐ نعم - إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو:

الموقع (المدينة/المقاطعة/الولاية):

الخطوة الثالثة: أخبرنا عن كيفية الوصول إلى مقدم الطلب

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

عنوان المنزل

☐ ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك عنوان دائم - يُرجى تقديم عنوان بريدي

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

الهاتف (الجوال)

الهاتف (المنزل)

عنوان البريد الإلكتروني

العنوان الذي تستلم فيه البريد (إذا كان مختلفاً)

المدينة

مقاطعة

الولاية

الرمز البريدي



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

الخطوة الرابعة: أخبرنا إذا كنت ممثلاً مفوضاً

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

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

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

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

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



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

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

كم عدد الأشخاص الذين يعيشون معك ويشتررون الوجبات ويعدونهم ويأكلونها معك؟
يُعد هذا الرقم عدد أفراد "أسرتك"، ضع ذلك في الاعتبار عند الإجابة على السؤالين التاليين.

ملاحظة: ستساعدنا إجاباتك في تحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على إعانات برنامج SNAP بسرعة أكبر. إذا كان شخص آخر تعيش معه يتلقى بالفعل إعانات برنامج SNAP، قد تظل مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج SNAP.

هل إجمالي دخل أسرتك قبل الضرائب للشهر الحالي أقل من 150 دولاراً؟ ☐ نعم ☐ لا - لم يطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

هل بلغ إجمالي صافي دخل أسرتك للشهر الحالي صفر بعد الضرائب، وسداد مستحقات مثل تكاليف السكن، أو تكاليف رعاية الأطفال/المعاليين، أو مدفوعات إعالة الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا- لميطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

هل يبلغ إجمالي مواردك النقدية وحساباتك الجارية وحسابات التوفير 100 دولار أو أقل؟ ☐ نعم ☐ لا- لميطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

هل تزيد الإيجار الشهري أو الرهن العقاري والمرافق (مثل الغاز، والكهرباء، والمياه، والهاتف) عن إجمالي دخلك الشهري قبل الضرائب؟ ☐ نعم ☐ لا- لميطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

هل أنت مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ ☐ نعم ☐ لا- لميطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

الخطوة السابعة: أخبرنا بمعلومات مقدم الطلب

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

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

هل أنت متزوج؟ ☐ لا ☐ نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر اسم الزوج: _____

هل أنت أو أي ممن تتقدمين بالطلب نيابة عنهن حامل؟ _____

☐ لا ☐ نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، من المتقدم ومتى التاريخ المتوقع للولادة؟ _____

هل تحتاج أنت أو أي شخص تقدم له طلباً إلى رعاية في المنزل أو خدمات دار رعاية المسنين؟ _____

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

هل تقوم أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك على رعاية شخص ذي إعاقة داخل المنزل أو خارجه؟ _____

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

هل تؤدي أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك الخدمة العسكرية؟ _____

☐ لا ☐ نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تحديد كل ما ينطبق: ☐ خدمة عسكرية حالياً ☐ الحرس الوطني/قوات الاحتياط

هل سبق أن صدر حكم بإدانتك في قضية احتيال في مجال رعاية الأطفال؟ ☐ لا ☐ نعم

الخطوة 7: مساحة إضافية لإدراج جميع الأشخاص الذين يعيشون معك.

العرق	هسبانك أو لاتين	الجنسية أمريكية	الجنس	تاريخ الميلاد	علاقتك بالطالب	الاسم
	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ ذكر ☐ أنثى	-		
	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ ذكر ☐ أنثى	-		
	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ ذكر ☐ أنثى	-		
	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ ذكر ☐ أنثى	-		
	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ ذكر ☐ أنثى	-		

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

هل يوجد من يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكبر؟

☐ لا - إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى تخطي هذه الخطوة والانتقال إلى الخطوة التاسعة.
هل يتلقى هذا الشخص (الأشخاص) إعانات الإعاقة؟

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

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

☐ لا ☐ نعم

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

☐ لا ☐ نعم

الخطوة التاسعة: أخبرنا عن الأوضاع المالية للأسرة

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

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

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

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

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

أدخل أفضل تقدير للمبلغ الإجمالي: _____ دولار

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

☐ لا ☐ نعم

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

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

متى؟ _____

ما السبب؟ _____

هل يوجد أي شخص في أسرتك مضرب عن العمل؟

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



تكملة هذا النموذج في الصفحة التالية

الخطوة العاشرة: أخبرنا عن النفقات المنزلية لمقدم الطلب

حدد كل ما ينطبق، اذكر قيمة النفقات.

☐ تكاليف رعاية الأطفال/المعالين:

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

☐ مدفوعات معيشة للطفل أو الزوج/ة لشخص خارج الأسرة

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

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

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

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

المبلغ التقديري المدفوع شهرياً: _____ دولار

هل تدفع ثمن التدفئة أو تكييف الهواء؟

☐ نعم ☐ لا

أدفع مقابل المرافق التالية (حدد كل ما ينطبق):

☐ الهاتف ☐ القمامة ☐ الصرف الصحي ☐ المياه ☐ الكهرباء ☐ الغاز

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

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

اسم الفرد الأول من الأسرة

اسم صاحب العمل/المدرسة/جهة التدريب

رقم الهاتف الخاص بالجهة مقدمة النشاط

تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء

العنوان

جدول أعمال أفراد الأسرة للعمل/المدرسة/التدريب

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

اسم الفرد الثاني الأسرة

اسم صاحب العمل/المدرسة/جهة التدريب

رقم الهاتف الخاص بالجهة مقدمة النشاط

تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء

العنوان

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



الطفل 2

الطفل 2 - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل	
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي مؤهل				
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟ ☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس لديه خطة حالة				
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
☐ نعم - ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____ ☐ لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start				
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الطفل 3

الطفل 3 - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل	
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي مؤهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.				
☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي مؤهل				
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟ ☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس لديه خطة حالة				
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟				
☐ نعم - ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____ ☐ لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start				
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل				
الأحد من _____ إلى _____		الأربعاء من _____ إلى _____		
الاثنين من _____ إلى _____		الخميس من _____ إلى _____		
الثلاثاء من _____ إلى _____		الجمعة من _____ إلى _____		
		السبت من _____ إلى _____		
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الطفل 4

الطفل 4 - الاسم (الأول، الأوسط، واسم العائلة)		اسم أم الطفل قبل الزواج		مدينة الميلاد								
صلة القرابة بمقدم الطلب			اللغة المنطوقة المفضلة للطفل									
هل الطفل مواطن أمريكي أم غير أمريكي موهل؟ ملاحظة: يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على إعانات برنامج Child Care Assistance.												
☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي موهل												
احتياجات الطفل: هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية للأطفال؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك خطة حالة؟ ☐ نعم ☐ لا - طفلي ليس لديه خطة حالة												
هل الطفل عضو في برنامج Head Start؟ ☐ نعم - ما هو الجدول الزمني؟ من _____ إلى _____ ☐ لا - طفلي ليس عضوًا في برنامج Head Start												
أيام/ساعات الرعاية اللازمة للطفل <table border="0"> <tr> <td>☐ الأحد من _____ إلى _____</td> <td>☐ الأربعاء من _____ إلى _____</td> </tr> <tr> <td>☐ الاثنين من _____ إلى _____</td> <td>☐ الخميس من _____ إلى _____</td> </tr> <tr> <td>☐ الثلاثاء من _____ إلى _____</td> <td>☐ الجمعة من _____ إلى _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ السبت من _____ إلى _____</td> </tr> </table>					☐ الأحد من _____ إلى _____	☐ الأربعاء من _____ إلى _____	☐ الاثنين من _____ إلى _____	☐ الخميس من _____ إلى _____	☐ الثلاثاء من _____ إلى _____	☐ الجمعة من _____ إلى _____		☐ السبت من _____ إلى _____
☐ الأحد من _____ إلى _____	☐ الأربعاء من _____ إلى _____											
☐ الاثنين من _____ إلى _____	☐ الخميس من _____ إلى _____											
☐ الثلاثاء من _____ إلى _____	☐ الجمعة من _____ إلى _____											
	☐ السبت من _____ إلى _____											
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي								
هل يعاني طفلك (اطفالك) من حالة صحية مزمنة أو إعاقة في النمو أو لديه احتياجات خاصة؟ ☐ لا - طفلي لا يعاني من حالة صحية مزمنة أو إعاقة في النمو أو احتياجات خاصة ☐ نعم - يُرجى ملء الجدول أدناه:												
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		وصف احتياجات الطفل الخاصة										

تكملة هذا النموذج في الصفحة التالية



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

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

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

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

بالتوقيع على هذا الطلب:

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

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

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

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

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

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

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج **Cash Assistance**، فأنا أقر وأوافق على ما يلي:

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

أفوض _____ أن يكون ممثلي في برنامج _____

(مثال: برنامج SNAP أو برنامج OWF)

(اسم الممثل المفوض)

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

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

- نهاية الطلب -

إعادة إرسال الطلب هذا إلى مكتب JFS المحلي في مقاطعتك

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

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

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

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

البريدي العنوان :

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



الفاكس:

833-256-1665 أو 202-690-7442 أو



البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov



هذه المؤسسة هي مؤسسة توفّر تكافؤ الفرص.

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

EARLY CARE AND EDUCATION SERVICES RELEASE OF INFORMATION

اسم مقدم الرعاية		رقم التليفون:	
اسم الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
البريد الإلكتروني (يجب أن يكون نفسه الذي استخدمته في برنامج دعم الرعاية الاجتماعية ، إذا كان لديك حساب في برنامج دعم (الرعاية الاجتماعية))			
آخر أربع أرقام من SSN			
سبب الموافقة للإفصاح عن المعلومات			
يمنح هذا الإذن إدارة المقاطعة لخدمات العمل والأسرة / (CDJFS) إدارة ولاية أوهايو للأطفال والشباب (DCY) الصلاحية للإفصاح عن المعلومات المتعلقة بطلبات الحصول على خدمات رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام، أو منح تعليم الطفولة المبكرة، أو المشاريع الخاصة، وذلك لصالح مقدم خدمات الرعاية والتعليم المبكر المُحدّد.			
لست ملزماً بأكمل هذا النموذج لتكون مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام، أو منحة تعليم الطفولة المبكرة، أو المشاريع الخاصة.			
لا يجوز لمُقدّم خدمات التعليم المبكر أن يُلزمك بأكمل هذا النموذج كجزء من إجراءات التسجيل لديه، و/أو للحصول على خدمات رعاية الطفل.			
موافقة على الإفصاح عن المعلومات			
سبب الموافقة			
أنا أدرك تماماً، بتوقيعي على هذه الوثيقة، أن مُقدّم (أو مُقدّمي) الخدمة يحق له الوصول إلى معلوماتي إلى أن أقوم أنا أو ممثلي المفوض بالغاء حق الوصول هذا، حتى وإن لم أعد مشاركاً في ذلك البرنامج.			
• الاسم الأول والأخير لمقدم الرعاية الأساسي، العنوان، ورقم الهاتف. • الاسم الأول واسم العائلة وتاريخ ميلاد الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية. • معلومات الطلب: ○ حالة الطلب، بما في ذلك الطلبات المرفوضة بدون الدفع PAD (الدفع بعد الرفض)، والطلبات قيد الانتظار. ○ وثائق التحقق المطلوبة ○ تاريخ بدء وانتهاء الأهلية ○ معلومات التفويض			
قد يتم الإفصاح عن هذه المعلومات إلى:			
اسم مقدم الخدمة 1		اسم مقدم الخدمة 2	
رقم ترخيص البرنامج		رقم ترخيص البرنامج	
عنوان مقدم الخدمة		عنوان مقدم الخدمة	
• يمكن تقديم هذه الوثيقة باستخدام إحدى الطرق التالية: 1. يتم الرفع إلى بوابة الخدمة الذاتية (SSP) من خلال الدخول إلى صفحة المزايا الخاصة بك عبر الرابط: https://ssp.benefits.ohio.gov 2. قُدمت إلى وكالة المقاطعة التابعة لمقدمي الرعاية. • يظل هذا الإذن سارياً لمدة ثمانية عشر شهراً من تاريخ تقديم الطلب، وذلك فيما يخص طلبات رعاية الأطفال التي لا تزال قيد المراجعة أو تلك التي تم رفضها، كما يجوز لمقدم الرعاية، أو لممثله المعتمد، إلغاء هذا الإذن في أي وقت من خلال تقديم إشعار خطي، يتعين أن يتضمن اسمك ورقم ملفك، وذلك باستخدام إحدى الوسائل التالية: • تم الرفع إلى بوابة الخدمة الذاتية (SSP) من خلال الدخول إلى صفحة المزايا الخاصة بك عبر الرابط: https://ssp.benefits.ohio.gov • قُدم إلى وكالة المقاطعة الخاصة بالمشرفين • بتوقيعي على هذا النموذج، أتحمل مسؤولية إنهاء وصول مقدم (مقدمي) الخدمة المدرج (المدرجين) إلى المعلومات المدرجة في هذا النموذج. • يُرجى العلم بأن المعلومات التي يتم استخدامها أو الإفصاح عنها بموجب هذا التفويض قد يتم الإفصاح عنها من قبل الجهة المتلقية لهذه المعلومات، وقد لا تعود مشمولة بالحماية من الإفصاح. • لا يجوز اشتراط الحصول على العلاج، المدفوعات، التسجيل، أو الأهلية للحصول على المساعدة العامة على التوقيع على هذا التفويض، لا إذا كان هذا التفويض ضرورياً لتحديد الأهلية لبرنامج المساعدة العامة. • عملاً بالقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية، والسياسات المعمول بها، يجوز لـ DCY الوصول إلى المعلومات الواردة في الأنظمة التي تسيطر عليها أو تتولى صيانتها DCY، أو التي يتم السيطرة عليها وصيانتها لصالح DCY، كما يجوز لها الإفصاح عن تلك المعلومات.			
توقيع مُقدم الرعاية أو ممثله المعتمد المدرج في مزايا أوهايو		التاريخ	