

طلب وشهادة لـ المساعدة العامة

موظف IM	التاريخ	رقم الحالة	لاستخدام المكتب فقط
مشرف IM	التاريخ	أرقام الحالة ذات الصلة	
حالة TANF: () TR () RO () RA () NA	تاريخ التسجيل		

القسم 1

مقدم الطلب: يرجى استخدام قلم لإكمال هذا النموذج بعناية ودقة. إذا لم تكن متأكدًا من أي إجابة، اترك المكان فارغًا. إذا كانت لديك أي أسئلة، اسأل أخصائي الرعاية الاجتماعية بالمقاطعة.

لا تكتب في المربعات المظللة

1. ما هو البرنامج (البرامج) التي تريد التقدم أو إعادة التقدم لها؟

- () المساعدة المؤقتة للأسر المعوزة (TANF) () المساعدة الطبية فقط AFDC () المساعدة العامة
() برنامج SNAP بولاية نيو جيرسي () برنامج إعادة توطين اللاجئين
() المساعدة الطارئة () برنامج إعانة رعاية الأقارب

أدرك (تُدرِك) أنه كشرط للتأهل لبرنامج WFNJ، فإنني يجب علي أن أسعى بشكل مستمر ونشط إلى العمل بجهد كبير من أجل تحقيق الاكتفاء الذاتي. وأدرك أنه كشرط للتأهل لبرنامج WFNJ، يجب أن أسجل للعمل. New Jersey One Stop Career Center.

2. هل أنت مستعد للعمل؟ [] نعم [] لا

3. اسم مقدم الطلب: (الأخير) (الأول) (MI) (الوسط)

4. عنوان الإقامة: المكان الذي تعيش فيه بالفعل:

(الرقم والشوارع أو RFD) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

العنوان الذي يذهب إليه بريدك إذا كان يختلف عن عنوان إقامتك المذكور بالأعلى.

(صندوق البريد، عنوان الشارع، أو RFD) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

رقم هاتفك: المنزل () العمل () الخليوي ()

5. الإقامة في نيو جيرسي (لا ينطبق على أغراض برنامج SNAP في نيو جيرسي)

تأكيد الإقامة

هل تنوي مواصلة الإقامة في [] نعم [] لا New Jersey

إذا كانت الإجابة "لا"،

أشرح:

6. يمكنك تحويل شخص (أشخاص) من خارج أسرتك للتقدم بطلب لـ NJ SNAP أو المساعدة العامة نيابة عنك، للحصول على مزايا NJ SNAP أو المساعدة العامة أو استخدام مزايا NJ SNAP لشراء الطعام لك. إذا كنت مؤهلاً لمزايا NJ SNAP، فإن الفرد الذي تعينه سوف يحصل على بطاقة EBT للعائلات أولاً ولا يمكنه استخدامها لشراء طعامك. إذا كنت ترغب في تعيين هذا الشخص، فأكمل المعلومات التالية:

اسم الممثل المخول	تاريخ الميلاد	العنوان	SSN (اختياري)	رقم الهاتف

الأسئلة 7 و8 أدناه هي لمقدمي طلبات NJ SNAP فقط

7. لديك الحق في تقديم طلب لـ NJ SNAP فوراً عن طريق تقديم اسمك وعنوانك وتوقيعك وتاريخ التوقيع. إذا كنت مؤهلاً، فسيتم سداد المزايا الخاصة بك من ذلك التاريخ. (إذا قدمت طلباً وقدمت جميع المعلومات اللازمة عن ظروفك ووجد أنك مؤهل، فيمكنك الحصول على NJ SNAP في غضون 30 يوماً من تاريخ تلقي مكتب NJ SNAP لطلبك.)

8. إذا كان لديك دخل وموارد قليلة جداً، قد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا عاجلة (يتم استلامها في غضون 7 أيام). إجاباتك على الأسئلة التالية سوف تحدد ما إذا كنت مؤهلاً لهذه الخدمة:

- (أ) هل إجمالي دخلك الشهري في أسرتك أقل من 150 دولار وإجمالي الموارد السائلة في أسرتك (كالتقديرات أو الحسابات الجارية/حسابات الادخار) 100 دولار أو أقل؟ [] نعم [] لا
هل الإيجار أو الرهن العقاري الشهري لأسرتك زائد المرافق يزيد عن إجمالي دخل الأسرة الشهري زائد إجمالي الموارد السائلة؟ [] نعم [] لا
(ج) هل أسرتك مهاجرة أو أنها أسرة عمال موسميين ليس لديهم دخل أو لديهم دخل قليل؟ [] نعم [] لا

لاستخدام المكتب فقط

الأهلية الفئوية:

هل يحصل كل شخص في الأسرة على مساعدة عامة (WFNJ) أو SSI؟ [] نعم [] لا

9.

(تاريخ التوقيع)

(توقيع الشخص مقدم الطلب)

الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد محل الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	الجنس (أنثى) أو (ذكر)	العرق/ الأصل العرقي	أجنبي مقيم بشكل قانوني وحالة BCIS	الحالة الاجتماعية	الدرجة الدراسية والمدرسة
مقدم طلب آخر								
الأخير								
الأول								
لاستخدام المكتب فقط								
مقدم طلب آخر								
الأخير								
الأول								
لاستخدام المكتب فقط								
مقدم طلب آخر								
الأخير								
الأول								
لاستخدام المكتب فقط								
مقدم طلب آخر								
الأخير								
الأول								
لاستخدام المكتب فقط								

11. اذكر أسماء الأجنبي/غير المواطنين في أسرتك

الاسم	تاريخ الدخول/دولة الأصل	رقم التسجيل	اسم الجهة الراعية/ وكالة إعادة التوطين	عنوان الجهة الراعية /وكالة إعادة التوطين	تاريخ التقديم للجنسية	دخول الجهة الراعية

12. اذكر الأشخاص الآخرين في المنزل غير المذكورين بالأعلى (بمن فيهم المقيمين بطعام/غير طعام)

الاسم	العلاقة بمقدم الطلب

a12. اذكر شخصًا يتم الاتصال به في الطوارئ (حالات المساعدة العامة فقط)

رقم الهاتف _____ العنوان _____

13. اسم الأم الحامل _____ تاريخ الولادة المتوقع _____

اسم الطبيب _____ عنوان الطبيب _____

15. هل تحصل أنت أو أي فرد في أسرة مقدم الطلب أو حصلت على TANF في نيو جيرسي أو أي ولاية أو إقليم آخر أو مساعدة عامة في نيو جيرسي New Jersey منذ عام 1997؟			
[] نعم [] لا			
الشخص المستلم للمساعدة	نوع المساعدة	متى	مقدم المساعدة

16. هل أنت أو أي فرد في أسرتك مجرم هارب أو منتهك لإفراج مشروط أو فترة اختبار مفروضة من محكمة فيدرالية أو ولايائية؟	
[] نعم [] لا	
فرد هارب أو منتهك	هارب من

17. هل تمت إدانتك أو أي شخص في أسرتك بتهمة الحصول على معونات بشكل مخادع في مكانين أو أكثر في نفس الوقت؟			
[] نعم [] لا			
شخص مدان بالمخادع	أين حدث الخداع	متى	ما هي المعونات

18. منذ 22 أغسطس 1996، هل ارتكبت أنت أو أي شخص في أسرتك مقدمة الطلب وتمت إدانتك بحيازة أو استخدام أو توزيع مادة مقيّدة، بحيث تعتبر جنائية جديرة بإيقاع تهمة؟ ينطبق على المساعدة العامة فقط		
[] نعم [] لا		
الشخص المرتكب لجنائية	نوع الجنائية	أين حدثت الجنائية

19. إذا تمت إدانتك بجنائية موقعة للاتهام للحيازة أو الاستخدام فقط اشتركت أو أكملت برنامجًا علاجيًا داخليًا من المخدرات معتمد أو مرخص من إدارة خدمات الصحة وكبار السن؟		
[] نعم [] لا		
الشخص المتلقي للعلاج	مرفق العلاج	تاريخ العلاج

19. إذا لم تسجل في أو تكمل برنامجًا داخليًا للعلاج مرخصًا أو معتمدًا من قسم الصحة وخدمات كبار السن؟

20. هل قام أحد ما في الأسرة بالاستقالة من وظيفة من تلقاء نفسه؟

في آخر 90 يومًا من WFNJ	[] نعم [] لا	لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟
في آخر 90 يومًا من NJ SNAP	[] نعم [] لا	لا إذا كانت الإجابة نعم، فلماذا؟
21. هل يوجد في أسرتك أحد مشارك في إضراب؟	[] نعم [] لا	لا إذا كانت الإجابة، لا، فمن هو؟

22. ما هو آخر تاريخ توظيف؟

22. ماذا تفعل منذ آخر وظيفة لك؟

23. لأغراض WFNJ فقط، اذكر جميع الوظائف لكل شخص يتقدم للمساعدة في آخر 3 سنوات، بدءًا بأحدثها.

الاسم	اسم جهة العمل	عنوان جهة العمل	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء

24. هل يتوقع أي فرد في أسرة مقدم الطلب أي تغيير في الظروف في المستقبل القريب، كتغيير في الدخل؛ أو حجم الأسرة؛ أو تغيير في الإقامة؛ أو تكاليف المأوى؛ أو شراء أو بيع سيارة؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي التغييرات:

25. الدخل المكتسب: هل تحصل أنت أو أي شخص يعيش معك على أموال من العمل أو تربية الأطفال أو من عملك الخاص أو من وظائف غير منتظمة، أو بيع أو أي دخل مكتسب آخر؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فقدم المعلومات التالية لكل شخص:

الإسم الأخير الإسم الأول		الساعات في الأسبوع		كل متى يتم السداد		اسم جهة العمل وعنوانها أو "خاص" إذا كنت تعمل لحسابك الخاص	
التاريخ	المبلغ	التاريخ	المبلغ	التاريخ	المبلغ	التاريخ	المبلغ

26. رعاية الطفل/الكبير: هل قام أي شخص في رعايتك أو أسرة NJ SNAP بسداد رعاية الطفل لرعاية الكبار بسبب وظيفة أو الذهاب للمدرسة أو البحث عن عمل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن الذي تم الاعتناء به؟ (اذكر بالأسفل)

اسم الطفل/الشخص الكبير	الرعاية مقدمة من (الشخص)	أيام في الأسبوع	السعر في الساعة	إجمالي الأيام	المبلغ الفعلي المدفوع/من الذي دفع

عمليات التحقيق

27. دعم الأطفال: هل أنت ملزم قانوناً بسداد تكاليف رعاية طفل أو توفيرها لطفلك من خارج أسرتك؟ [] نعم [] لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات التالية: (اذكر المبالغ المتأخرة الخاصة برعاية الأطفال، طالما أنك ملزم قانوناً بدفعها.)

إلى من	العنوان	عمر الطفل	الشهر الذي دُفع/ قُدّم فيه المبلغ	رقم أمر المحكمة

28. التأمين الصحي: من الذي يغطيه التأمين الصحي؟ إذا كان لا يوجد أحد، فانقر () هنا.

الاسم الأخير، الاسم الأول	شركة التأمين	رقم البوليصة	حامل البوليصة

29. هل هناك زوج/زوجة غاب لديه غطاء تأمين صحي لك؟ [] نعم [] لا إذا كانت الإجابة، "نعم"، فما هو التأمين؟

30. هل هناك أي أب/أم غائب لديه غطاء تأمين صحي لأي من الأطفال الذين تتقدم بطلب نيابة عنهم؟

[] نعم [] لا إذا كانت الإجابة، "نعم"، فما هو التأمين، ولمن؟

31. قد تقدمت أنت أو أفراد أسرتك لبرامج مساعدة طبية أخرى؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو البرنامج؟

التاريخ الذي تقدمت فيه

32. دخل آخر: هل قمت أنت أو أي شخص في رعايتك أو أسرة NJ SNAP (بمن فيهم زوج/الأم/الأب) بالحصول على أو التقدم لأي مما يلي: نعم ___ لا ___ إذا كانت الإجابة نعم، فضع علامة على كل ما ينطبق.

تأمين البطالة	دخل من إيجار عقاري	تعويض العاملين
مزاي المحاربين القدماء	دخل من سكان غرف بطعام/بدون طعام	مزاي نقابة/معاش
ضمان اجتماعي/تقاعد من السكة الحديد	دخل من قريب أو صديق أو بيوت اجتماعية أو اتحادات	دعم الأطفال
دخل ضمان تكميلي (SSI)	مبلغ ضريبة الدخل المسترد أو ائتمان الدخل المكتسب	شيك مخصصات من جندي
مدفوعات إعاقة	مدفوعات رعاية الكفالة	مساعدة عامة
تبني مدعوم بإعانة	صندوق استئماني	مصروف تدريب
فائدة/أرباح من أسهم، سندات، حسابات بنكية، إلخ.	مدفوعات إجمالية (من مزاي بأثر رجعي، أموال من قضايا قانونية، إلخ)	قروض طلاب، منح، منح دراسية، أو إعانات دراسية
مزاي أقساط سنوية (تشمل أرباح التأمين على الحياة)	أرباح بمبالغ إجمالية، أو جوائز أو هدايا	دعم عمل تكميلي
برنامج دعم رعاية الأقارب DCP&P	برامج دعم الوصاية القانونية DCP&P	دخل آخر، مثل نفقة الزوجة المطلقة (حدد):

قُدّم المعلومات التالية للعناصر التي عليها علامة أعلاه:

الاسم الأخير، الاسم الأول	مصدر الدخل	تواريخ الاستلام	المبلغ الإجمالي

عمليات التحقيق

33. الموارد: (تنطبق على أسر NJ SNAP غير المؤهلة للاستحقاق الفئوي الموسع) هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك أموال نقدية أو حسابات جارية أو حسابات توفير أو أسهم أو سندات أو اقتراض انتماني أو IRA's/Keogh أو صناديق متبادلة أو صناديق استثمار أو سندات توفير أمريكية أو حسابات كريسماس/عطلة أو حسابات توفير نوادي أخرى، أو عضوية اتحاد انتماني أو أموال أو ممتلكات ثمينة في صندوق إيداع آمن أو أوراق أو عقود ذات قيمة أو ملكية رهن عقاري أو موارد أخرى؟ [] نعم [] لا

الشخص الذي يمتلك المورد	ما هو المورد؟	أين المورد؟	ما قيمة المورد؟

عمليات التحقق

34. اذكر جميع المركبات التي يمتلكها الأشخاص في أسرة مقدم الطلب. اذكر جميع أنواع النقل مثل السيارات، وعربات النقل والشاحنات الكبيرة والشاحنات الصغيرة والقاطرات والمنازل المتحركة والدرجات النارية والقوارب، إلخ. إذا كان لا يوجد أحد، فانقر () هنا.

اسم المالك	النموذج/النمط	السنة/الصنع	الاستخدام	قيمة دفتر كيلي الأزرق

35. هل تمتلك أنت أو أي شخص يعيش معك أي أرض أو عقار غير المنزل الذي تعيش فيه؟ [] نعم [] لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، اشرح: _____

36. هل قام أي شخص بالتجارة في أو هبة أو نقل أو بيع عقار أو ملكية شخصية (بما فيها الأسهم): لأغراض TANF والمساعدة العامة خلال آخر 12 شهرًا؟ لأغراض NJ SNAP خلال آخر 3 أشهر؟					
ما الذي تم بيعه، منحه كهدية، إلخ؟	بواسطة من؟	إلى من؟	تاريخ الهدية أو البيع؟ Sale	إجمالي القيمة السوقية	المبلغ المستلم

37. هل لديك أنت أو أي شخص في أسرتك مقدمة الطلب أي مطالبات معلقة مثل دعاوى قانونية أو طلاق أو تسويات، أو ميراث أو مطالبات حوادث أو بيع ملكية، أو مطالبات أخرى، أو هل يدين أي شخص لك أو لهم بأموال؟ [] نعم [] لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، اشرح: _____

تاريخ إكمال D10-WFNU (لا ينطبق على عملاء NJ SNAP فقط) _____

38. هل لدى أي شخص في أسرة مقدم الطلب: (لا ينطبق على عملاء NJ SNAP)

(أ) ملكية جزئية أو كاملة لملكية شخصية ثمينة مثل مجوهرات، مجموعات من العملات/الطوابع، فراء، إلخ. [] نعم [] لا إذا كانت الإجابة، "نعم"، اشرح _____

(ب) خطة أو ترتيب للدفن ؟ [] نعم [] لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي القيمة _____

معلومات المأوى: يتم إكمالها إذا كانت الأسرة تتقدم بطلب للمشاركة في برنامج NJ SNAP و/أو المساعدة العامة.

39. هل يدفع أي شخص من خارج أسرتك أو يساعد بمدفوعات لأي نفقات للأسرة؟ [] نعم [] لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل أدناه:

نوع نفقة المأوى	دُفعت لمن	مَن الذي دفعها	المبلغ المدفوع	كل متى يتم الدفع

40. تكاليف المأوى (اذكر نفقات الأسرة لما يلي):

لاستخدام المكتب فقط		المبلغ المدفوع	كل متى يتم الدفع	نفقة المأوى
في حال استخدام HCSUA	التكلفة الشهرية	\$		الإيجار/الرهن
		\$		الضرائب العقارية
		\$		التأمين على المنزل
		\$		الإجمالي الفرعي للمأوى
	\$			الكهرباء
	\$			الغاز
	\$			الزيت
	\$			الماء
	\$			المجاري
	\$			إزالة القمامة/النفايات
	\$			تكلفة تركيب المرافق
HCSUA	\$			غير ذلك (فحم، خشب، كيوسين)
	\$			الإجمالي الفرعي للمرافق
أو	\$			A41. هل تدفع لمرافق (منفصلة عن إيجارك) من أجل تدفئة المنزل أو تبريده؟ [] نعم [] لا
أو	\$			B41. إذا كانت أسرتك مسؤولة عن سداد تكلفة المرافق بالإضافة إلى الماء والمجاري ورفع القمامة، فإن أسرتك قد تكون مؤهلة لاختيار الحصول إما على مخصص عادي أو مخصص لمصرف مرفق التدفئة.
				الإجمالي الشهري للمأوى تاريخ تحديد الخيار

42. **التكاليف الطبية الزائدة**

هل يوجد في أسرتك أحد عمره 60 سنة أو أكثر، و/أو معتاد للحصول على دخل تأمين تكميلي فيدرالي (SSI) أو إعاقاة تأمين اجتماعي أو مدفوعات للمحاربين القدامى؟ [] نعم [] لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات التالية. إذا كانت "لا" فتابع في ص 12. قد تتضمن النفقات الطبية أية مبالغ تمت فوترتها، حتى إذا لم تدفع بالفعل الفاتورة الطبية.

لاستخدام المكتب فقط		المبلغ المدفوع	كل متى يتم دفعه	الإجمالي الشهري	إلى جانب النفقات الطبية التي تحدث بانتظام، اذكر الخدمات الطبية الأخرى التي ربما تكون قد طلبتها.
تأكيد استلام SSI	المشاركة الفيدرالية	\$			الخدمات الطبية وطب الأسنان
		\$			مستشفى أو رعاية ترميز
		\$			أدوية يصفها الطبيب
		\$			طقم أسنان، سماعات ضعاف السمع ونظارات
		\$			تكاليف المواصلات للحصول على الرعاية الطبية
		\$			خدمات مرافق أو ممرض
		\$			غير ذلك (اشرح)
		\$			
SSA و SSI مذكورين في (صفحة 6)				الإجمالي	A42. اذكر أسماء أفراد الأسرة الذين قد تكون لديهم هذه النفقات:

B42. هل يتم سداد تكاليف أي من النفقات الطبية التي ذكرتها أعلاه كلياً أو جزئياً أو يتم التعويض عنها من قبل مصدر آخر من خارج أسرتك كأمين طبي أو رعاية طبية أو PAAD أو من شخص آخر؟ [] نعم [] لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي النفقات التي يدفعونها؟ كم المبلغ الذي يدفعونه؟

لاستخدام المكتب فقط						
برنامج العمل أولاً في نيو جيرسي و/أو التسجيل في العمل في NJ SNAP						
الأسماء (كلهم فوق 16)	كود إعفاء WFJN	تاريخ WFJN الإلزامي	تاريخ WFJN الاختياري	تاريخ الإحالة	كود إعفاء NJSNAP للإعفاء من العمل	تاريخ التسجيل

43. الأقارب المسؤولون قانوناً. (ينطبق هذا على أغراض الرعاية الطبية فقط.)

اذكر اسم زوجك/زوجتك إذا لم يكن/تكن في المنزل. اذكر اسم أو أسماء أي أبناء تحت سن 55 سنة لم تُطلب لهم المساعدة. إذا كان عمرك أقل من 18 سنة، فاذكر أسماء والديك.

الاسم	العنوان	العلاقة	العمر

44. مساعدة طاقة المنزل

سوف تُستخدم إجابتك على السؤال التالي لتحديد أهلية الحصول على مساعدة طاقة المنزل (HEA) ومبلغها. باستخدام القائمة أدناه، أشر إلى العنصر الذي يصف بشكل أفضل اتفاقية التدفئة/المعيشة.

- (A) التدفئة يدفع تكلفتها أشخاص آخرون.
- (B) التدفئة يدفع تكلفتها هيئة إسكان عامة أو حصلت على إعانة إيجار والتدفئة مدرجة في إيجاري.
- (C) أَدفع فقط مقابل مصدر ثانوي للتدفئة (مثل فرن خشب أو مدفأة كبروسين أو مدفئة مساحة كهربائية، إلخ).
- (D) أشارك في تكلفة التدفئة مع آخرين.
- (E) التدفئة مدرجة في إيجاري، وهو غير مدعوم.
- (F) أَدفع رسوماً منفصلة إلى صاحب السكن مقابل التدفئة.

أَدفع لمورد الوقود مباشرة مقابل المصدر الرئيسي للتدفئة في منزلي أو شقتي. مصدر التدفئة الخاص بي هو:

- (J) زيت وقود (J) كبروسين (M) (R) خشب (R)
- (K) كهرباء (K) غاز طبيعي (N) (T) لا أريد الحصول على إعانات HEA. (T)
- (L) غاز معبأ (L) فحم (P) (P) فحم (P)

إشعار هام

المعلومات المقدمة في هذا النموذج ستخضع للتحقق من صحتها من قبل مسؤولين فيدراليين أو بالولاية و/أو بالمقاطعة. إذا وجد أن أيًا منها غير صحيح، فقد يتم حرمانك من مزايا NJ SNAP و/أو تخضع للملاحقة الجنائية بسبب تقديمك لمعلومات مزيفة عن علم.

من أجل الالتزام بـ 45 قانون اللوائح الفيدرالية 206.10 (أ) (3) و 7 قانون اللوائح الفيدرالية 273.2 (ب)، فإننا نبلغك بأن معلومات الدخل والاستحقاق المقدمة لمكتب BCIS أو وكالات دعم الأطفال المحلية أو بالولاية، وملفات أجور ومزايا الضمان الاجتماعي، وملفات البطالة والأجور الخاصة بالولاية سيتم الحصول عليها باستخدام رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي الخاصة بك وسيتم استخدامها في تقرير استمرار استحقاقك. قد يتضمن هذا الاتصال بجهة عملك أو بالبنك أو بطرف آخر.

العقوبات المذكورة أدناه تنطبق على الآتي:

أي مستلم لقسيمة طعام ينتهك عمدًا أيًا من القواعد المذكورة في الطلب؛ أو

أي شخص يتقدم بطلب للحصول على مزايا NJ SNAP أو يحصل عليها وهو لا يستحقها عن طريق القيام عمدًا بما يلي:

تقديم بيان مزيف أو مضلل.

إخفاء الحقائق أو حجبها.

- ارتكاب أي فعل يمثل انتهاكًا لقانون قسائم الطعام، أو لوائح برنامج NJ SNAP أو أي قانون تابع للولاية فيما يتعلق باستخدام أو تقديم أو نقل أو اكتساب أو استلام أو حيازة مزايا NJ SNAP أو أجهزة الوصول (مثل بطاقات العائلات أولاً (EBT)).

العقوبات

العقوبات لمخالفة قواعد SNAP عمدًا تتضمن الحرمان من المشاركة في SNAP للفترات الزمنية التالية

➤ 12 شهرًا في المخالفة الأولى؛

➤ 24 شهرًا في المخالفة الثانية، أو أول إدانة من المحكمة للمتاجرة في مزايا SNAP مقابل مادة محظورة؛

➤ 10 سنوات للكذب أو تحريف معلومات حول هوية أو إقامة شخص للحصول على مزايا SNAP متعددة في نفس الوقت.

➤ نهنائيًا، عند ارتكاب المخالفة الثالثة، أو الإدانة الثانية من محكمة للمتاجرة في مزايا SNAP مقابل مادة محظورة، أو إدانة من المحكمة لبيع/المتاجرة في مزايا SNAP مقابل 500 دولار أو أكثر، أو إدانة من المحكمة للمتاجرة في مزايا SNAP مقابل أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات.

*قد يتم فرض تعليق إضافي مدته 18 شهرًا (بعد هذه الفترة) من المحكمة على أي شخص مدان بجناية أو انتهاك يمثل جنة.

قد يتم تغريم مرتكب الجناية مبلغ يصل إلى 250000 دولار أو سجنه لمدة تصل إلى 20 عام أو كليهما، ويخضع للملاحقة القانونية بموجب القوانين الفيدرالية المعمول بها.

إضافة لذلك، سيتعين على بقية أفراد الأسرة سداد أي مزايا NJ SNAP تلقته الأسرة وهي غير مستحقة لها.

وضع القانون العام 103-66 و 104-193 عقوبات للأفراد الذين يُدانون في محكمة ولاية أو محكمة فيدرالية أو محلية بـ:

(1) المتاجرة في مزايا NJ SNAP مقابل أسلحة نارية، أو ذخيرة أو متفجرات أو مواد خاضعة للرقابة؛ أو

(2) استخدام أو نقل أو اكتساب أو حيازة مزايا NJ SNAP من خلال استغلال بطاقات العائلات أولاً EBT أو تقديم مزايا NJ SNAP للسداد مع العلم أن هذه القسائم تم الحصول عليها أو نقلها عن طريق الاحتيال إذا كانت القيمة 500 دولار أو أكثر.

تحذير من العقوبة

لا تقدم معلومات زائفة، أو تخفي معلومات لكي تتقدم بطلب للحصول على NJ SNAP أو الاستمرار في الحصول على مزايا NJ SNAP.

لا تعط أو تباع مزايا NJ SNAP أو تحصل عليها عن طريق استغلال الأسر لا تعط بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية إلى أي شخص غير مصرح باستخدامها نيابة عن أستاذك.

لا تستخدم أي مزايا NJ SNAP لشراء أشياء غير مستحقة مثل المشروبات الكحولية والتبغ. أو لسداد تكاليف طعام تم شراؤه بأجل.

لا تستخدم أي مزايا NJ SNAP لم يحق لأستاذك الحصول عليها.

تجنب الغش أو المشاركة في أي عمل مخادع للحصول على مزايا NJ SNAP التي لا يحق لأستاذك الحصول عليها.

لا تنقل الموارد إلى فرد ليس من أفراد الأسرة من أجل تقديم طلب لمزايا NJ SNAP الحصول عليها.

أنا أفهم الأسئلة الموجودة في هذا الطلب. إجاباتي صحيحة ومكتملة وفق معرفتي واعتقادي. أفهم أنني يجب أن أخضع لمقابلة ويجب أن أتعاون مع مكتب NJ SNAP. أفهم

التحذير من العقوبة. أفهم أنني قد أحتاج إلى تقديم مستندات لإثبات ما قلته. أوافق على القيام بهذا. إذا لم تكن المستندات متاحة، أوافق على أن أعطي اسم شخص أو منظمة يمكن لمكتب NJ SNAP أن يتصل بها للحصول على الأدلة اللازمة. أفهم أنني إذا لم أبلغ عن

دخل مكتسب، فيجب أن أبلغ عن أي تغيير في الدخل غير المكتسب الذي يزيد عن 50 دولار أو استلام الدخل المكتسب في غضون 10 أيام من تاريخ أول أجر لي. أفهم أنني إذا لم يكن لدي دخل مكتسب، فيجب أن أبلغ عن جميع التغييرات في تكوين الأسرة (بما في ذلك حالة الطلاب) والتغييرات في الإقامة والتغيير الناتج في تكاليف المأوى، والتغييرات في التزامي القانوني بسداد أو تقديم الدعم لطفل، أو التغيير في المبلغ الذي أقدمه لدعم الطفل إذا كان لدي سجل أقل من 3 أشهر من سداده وكان التغيير أكبر من 50 دولار، وشراء مركبة أو زيادة في موارد أستاذي (حساب مدخرات وحساب جاري، نقدية، أسهم أو مبالغ إجمال، أي نقدية ناتجة عن بيع مركبة أو التجارة فيها) إذا كانت تصل إلى حد الموارد الأقصى أو تتجاوزته. أفهم أنني إذا أبلغت عن دخل مكتسب أو إذا كنت في فترة إبلاغ ستة أشهر، فيجب علي فقط أن أبلغ عن تغيير في دخلي الشهري الإجمالي الذي يتجاوز 130 بالمانه من حد مستوى الفقر الفيدرالي. سيقدم لي الأخصائي إشعارًا بذلك الحد. كما أفهم أيضًا أنني يجوز لي أن أطلب جلسة سماع عادلة حول القرار الذي تم بشأن طلبي الحصول على مزايا NJ SNAP.

إذا أحتاج إلى مزيد من المعلومات حول مزايا NJ SNAP، فيمكنني الاتصال بمكتب NJ SNAP بالمقاطعة.

أفهم أنني، أو من يمثلني، يمكن أن نطلب جلسة سماع عادلة، سواء شفهيًا أو كتابيًا، إذا عترضت على أي إجراء اتخذ بشأن حالتي. يجوز لأي شخص اختاره أن يتولى تقديم قضيتي في جلسة السماع.

المشاركون في التوظيف والتدريب الإلزامي لبرنامج SNAP في نيو جيرسي

يجب على بعض أفراد الأسرة التابعين لبرنامج SNAP في نيو جيرسي، إلا من يتم إعفاؤهم تحديدًا، التسجيل والمشاركة في أنشطة التوظيف والتدريب. المسجلون الإلزاميون الذين لا يلتزمون بشروط العمل سيخضعون للعقوبات التالية:

(1) يؤدي الانتهاك الأول إلى الحرمان لمدة شهر على الأقل؛
(2) يؤدي الانتهاك الثاني إلى الحرمان لمدة 3 أشهر على الأقل؛
(3) يؤدي الانتهاك الثالث والانتهاكات اللاحقة إلى الحرمان لمدة 6 أشهر على الأقل.

الجنسية الأمريكية/صفة الأجنبي المقيم بشكل قانوني

(لأغراض برنامج WFNUJ، والرعاية الطبية، وبرنامج NJ SNAP)

لكل شخص ليس مواطنًا أمريكيًا، سوف تحتاج أن تبين لمكتب وكالة الرعاية بالمقاطعة إما مستندات من مكتب خدمة الهجرة والجنسية (BCIS) أو مستندات أخرى تحدد وكالة الولاية على أنها دليل لحالة الهجرة الخاصة بك. قد تخضع حالة الأجنبي للتحقق مع مكتب BCIS الذي سيتطلب تقديم معلومات معينة من نموذج الطلب هذا إلى BCIS. المعلومات المتلقاة من BCIS قد تؤثر على استحقاق أستاذك للمزايا ومستواها. يجب عليك أن تقر بأن كل فرد من أفراد الأسرة هو مواطن أمريكي أو يعيش في الولايات المتحدة بصفة هجرة قانونية.

**قبل أن توقع، اقرأ البيانات التالية. إذا لم تكن تستوعبها
أو لديك أية أسئلة، فيرجى السؤال.**

- ❖ أنا (نحن) أوافق على أن البيانات التي قدمتها (قدمناها) في هذا النموذج صحيحة ومكتملة على حد علمنا. وأدرك أن الكذب فيما يتعلق بوضعي، وعدم تقديم المعلومات اللازمة أو جعل الآخرين يحجبون معلومات هو أمر ضد القانون وقد يُعرضني للملاحقة القانونية.
- ❖ أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق من صحتها من جانب وكالة الرعاية بالمقاطعة، و/أو قسم تنمية الأسرة و/أو قسم المساعدة الطبية والخدمات الصحية.
- ❖ أصرّح (نصرّح) بموجب هذا لهيئة الرعاية بالمقاطعة و/أو قسم تنمية الأسرة و/أو قسم المساعدة الطبية والخدمات الصحية بأن يتصل بأي فرد أو بمصدر آخر قد تكون لديه معلومات عن ظروف (بما في ذلك مصلحة الضرائب، وهينات دعم الأطفال المحلية وفي الولايات، وملفات الأجور والمزايا الخاصة بالضمان الاجتماعي، وملفات الأجور والبطالة الخاصة بالولاية، وخدمات الإبلاغ الائتماني، إلى جانب الموظفين، والبنوك أو الأطراف الأخرى) فقط لغرض التحقق من البيانات التي قدمتها (قدمناها). وأنا أتفهم (نحن نفهم) أن أي معلومات خاصة بالدخل والاستحقاق يتم الحصول عليها سيتم استخدامها لتحديد استمرار استحقاق (استحقاقنا).
- ❖ أتفهم أنه، وفقاً لقانون العمل أولاً في ولاية نيو جيرسي، القانون العام 1997، الفصل 13، الفصل 14، الفصل 37، والفصل 38، فإن التقدم بطلب للحصول على المساعدة العامة سوف يشمل جميع الأعضاء المستقبليين لوحدة الميزانية المطلوب إرجاعها، سواء بالولادة أو التبنى أو بالبدء في العيش مع وحدة الميزانية بعد تاريخ الطلب الأصلي.
- ❖ أعلم أن أي معلومات أقدمها سيتم استخدامها فيما يتصل بالحصول على المساعدة العامة (بما فيها المساعدة الطبية)، ومزايا NJ SNAP، ومزايا المساعدة في الطاقة المنزلية، ومزايا صندوق الخدمات العامة، وغيرها من المزايا التي قد أكون مستحقاً لها.
- ❖ أتفهم أنه إذا تم قبول هذا الطلب لفئة WFNU فإنني وجميع أفراد أسرتي يتم تسجيلنا في مركز الأعمال الشامل في نيو جيرسي وقد يُطلب مني المشاركة في أنشطة تعليمية أو تدريبية أو تقييم مهني وتوظيف.
- ❖ أتفهم أن جميع مدفوعات المساعدة الخاصة بالطاقة المنزلية تخضع لتوفر التمويلات الفيدرالية.
- ❖ أتفهم أن جميع مدفوعات المساعدة الخاصة بالطاقة المنزلية تُتاح للاستخدام بهدف شراء طاقة التدفئة/التبريد.
- ❖ حصلتُ على معلومات تتعلق بحقوق ومسؤولياتي، وتم توضيحها لي عند الحاجة. (انظر كتيب WFNU)
- ❖ أوافق على إبلاغ هيئة الرعاية بالمقاطعة فوراً بأي تغيير في ظروف المعيشية، أو وضع الأسرة أو أموال تم استلامها (باستثناء الدخل المكتسب الذي يخضع لشروط الإبلاغ في غضون 6 أشهر) من أي مصدر، إن وجد. (انظر كتيب WFNU).
- ❖ أفهم أنني أو ممثلي قد نطلب جلسة سماع عادلة، سواءً شفوية أو كتابية، إذا لم أكن راضياً عن أي إجراء اتخذته هيئة الرعاية بالمقاطعة. يجوز لأي شخص أختاره أن يتولى تقديم قضيتي في جلسة السماع.
- ❖ أتفهم أنه عند التوقيع على هذا الطلب لأغراض برنامج WFNU والرعاية الطبية فقط، فإنني أتنازل لهيئة الرعاية بالمقاطعة عن أي حق في دعم، بما في ذلك أي متأخرات تم تحملها، من أي شخص آخر لي أو لأي فرد آخر من أفراد الأسرة أتقدم بطلب نيابة عنه لتلقي المساعدة.
- ❖ أتفهم أنه كشرط لاستحقاق المساعدة الطبية، فإنني أعتبر متنازلاً للمفوض عن أية حقوق للدعم لغرض الرعاية الصحية حسبما تحدده محكمة أو أمر إداري وأي حقوق لسداد الرعاية الصحية من أي طرف ثالث.
- ❖ وفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. بموجب قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر التمييز أيضاً على أساس نوع الجنس أو الدين أو بدوافع انتقامية أو بسبب الحالة الاجتماعية أو الحالة الأسرية أو حالة الوالدين أو التوجه الجنسي أو الحصول على دخل من المساعدة العامة، أو المعلومات الجينية أو بسبب المعتقدات السياسية. يمكن العثور على نماذج شكاوى التمييز على www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html، أو في أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو اتصل بـ (866) 632-9992. الأشخاص الصم أو من لديهم صعوبة في السمع أو معوقات في الحديث يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339 أو (800) 845-6136 (الأسبانية). يمكنك أيضاً كتابة خطاب يحتوي على جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. يمكن إرسال نماذج أو خطابات الشكاوى المكتملة كتابةً إلى:

وزارة الزراعة الأمريكية مكتب الحقوق المدنية، الغرفة F-515 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 صوت / (202) 619-0403 الهاتف النصي (800) 537-7697	أو	وزارة الزراعة الأمريكية مدير مكتب المقاضاة 1400 Independence Ave. SW Washington, D.C. 20250- 9410 فاكس (202) 690-7447	أو	مكتب المدير قسم تنمية الأسرة إدارة الخدمات الإنسانية في نيو جيرسي P.O. Box 716 Trenton, New Jersey 08625
---	----	---	----	--

program.intake@usda.gov

أكمل قبل التوقيع
لقد قرأت الإشعار الهام في صفحة 10 من هذا النموذج والذي يشير إلى تحذيرات جزائية خاصة بـ NJ SNAP وحالة الجنسية/الأجنبي المقيم بشكل قانوني. () نعم () لا

- ❖ أقرُّ بأنني قرأت هذه البيانات وأوافق عليها وأدرك تماماً أن هيئة الرعاية تعتمد على صحة بياناتي ودقتها.
- ❖ أقرُّ بأنني، بموجب عقوبة الحنث باليمين، بالتوقيع باسمي أنا، وجميع أفراد الأسرة الذين أتقدم بطلب نيابة عنهم من أجل مزايا NJ SNAP هم مواطنين أمريكيون أو أجانب ذوي صفة هجرة قانونية.
- ❖ أقرُّ أنه بموجب عقوبة الحنث باليمين أن إجاباتي فيما يتعلق بطلب التقديم لبرنامج NJ SNAP و/أو برنامج WFNU صحيحة ومكتملة، على حد علمي.
- ❖ تلتقيتُ توجيهاً حول شروط عمل WFNU من ممثل الوكالة، إن وجد.

تم الحلف والتأييد أمامي

توقيع مقدم الطلب التاريخ

هذا اليوم 2

توقيع مقدم الطلب المشارك التاريخ

(ممثل الوكالة)

إشعار هام والتنازل عن خصم دخل NJ SNAP

إذا لم تُبلغ أو تؤكد أيًا من النفقات التالية التي تدفعها أنت أو أي فرد في أسرتك، فسوف يعني هذا أنك لا تريد الحصول على خصم من الدخل لتلك النفقات غير المبلغ عنها.

- نفقة رعاية مُعال، إذا كنت تدفع لرعاية طفل أو مُعال آخر حتى يتمكن فردٌ من أفراد الأسرة من العمل أو البحث عن وظيفة أو حضور تدريب أو فصول تعليمية من أجل الاستعداد للعمل؛
- نفقة طبية أو طب أسنان غير معوضة، تتضمن دواءً موصوفًا أو تأمينًا صحيًا أو تأمين على الإقامة بالمستشفى، أو نظارات، أو رعاية مُرافق؛
- مدفوعات لدعم الأطفال يسدها فردٌ من أفراد الأسرة بموجب التزام قانوني، وتشمل مدفوعات عن متأخرات؛ أو
- نفقة المأوى، كإيجار، مرافق (تشمل رسوم التركيب)، ضرائب عقارية، تأمين مالك المنزل، ورسوم إصلاح منزلك بسبب كارثة طبيعية.

حتى إذا لم تُخبرنا (أو تؤكد) أنك تتكبد إحدى هذه النفقات عندما تتقدم لـ NJ SNAP، فلا يزال بإمكانك الحصول على خصم على الدخل لاحقًا إذا أخبرتنا (أو أكدت) أنك تدفع إحدى هذه النفقات. لن يسري الخصم بأثر رجعي على الأشهر التي لم نخبرنا فيها أنك كنت تدفع النفقات.

توقيع رب الأسرة

تاريخ اليوم
