

طلب
WISCONSIN FOODSHARE
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

التعليمات

زودنا باسمك وعنوانك وتوقيعك لتعيين التاريخ الذي يمكن أن تبدأ فيه التمتع بمزاياك. ويُطلق على ذلك "تعيين تاريخ التسجيل الخاص بك".

لديك خيار إرسال المعلومات الموجودة في هذه الصفحة فقط (الاسم، العنوان، التوقيع) أو إكمال الطلب بالكامل.

إذا كنت بحاجة إلى المزايا على الفور، فاملأ قسم أولوية الحصول على FoodShare وأرسله مع الصفحة الأولى. قد يسمح لك ذلك بالحصول على المزايا الغذائية في غضون سبعة أيام من الطلب.

بالإضافة إلى كل الطلبات، يجب أن تكمل مقابلة مع وكالتك عبر الهاتف أو بصفة شخصية. إكمال الطلب بالكامل قد يقلل الوقت المستغرق لاستكمال المقابلة، وعملية الاعتماد.

لديك الحق في تقديم الطلب الخاص بك في أي وقت. تتم معالجة طلبك في أسرع وقت ممكن وخلال فترة لا تتجاوز 30 يومًا من تاريخ تسلّم طلبك.

إذا كنت تحصل على مزايا FoodShare وتوقفت خلال الـ 30 يومًا الماضية، فقد تكون مؤهلاً لإعادة فتح مزايا FoodShare. اتصل بوكالتك لمعرفة إذا ما كان يمكنك إعادة فتح مزايا FoodShare دون استكمال نماذج جديدة أم لا.

يمكنك التقدم عبر الإنترنت أو الهاتف! اتصل بوكالتك المحلية أو قَدِّم الطلب عبر الإنترنت على access.wi.gov. إذا تقدمت عبر الإنترنت، فيمكنك استكمال طلبات FoodShare وطلبات الرعاية الصحية في نفس الوقت.

الاسم - المتقدم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

عنوان الشارع

الرمز البريدي	الولاية	المدينة
تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)		التوقيع - مقدم الطلب أو الممثل المفوض

إذا كنت لا تعيش في مقاطعة Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

أو بالفاكس على: 855-293-1822

إرسال الطلب بالبريد أو الفاكس
إذا كنت تقطن في مقاطعة Milwaukee:

MDPU
6055 North 64th Street
Milwaukee, WI 53218

أو بالفاكس على: 888-409-1979

إذا كنت من ذوي الإعاقة وتحتاج لتوفير هذا النموذج بصيغة بديلة أو ترجمته، فيرجى الاتصال بالوكالة التابع لها. للحصول على رقم هاتف وكالتك، قم بزيارة موقع www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 800-362-3002. يتم توفير خدمات الترجمة والهاتف النصي مجانًا.

قد يكون لك ممثل معتمد لاستكمال هذا النموذج وتوقيعه بالنيابة عنك. لتعيين شخص بصفته الممثل المعتمد، املأ النموذج نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: شخص، F10126A، أو نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: منظمة، F10126B. للحصول على هذا النموذج، اتصل برقم 800-362-3002، أو انتقل إلى الموقع www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

اختياري: أولوية الحصول على FOODSHARE

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على الفور، فقد يساعدك التقدم لأولوية الحصول على Foodshare في الحصول على المزايا في غضون سبعة أيام من تعيين تاريخ التسجيل الخاص بك. املا هذه الصفحة وأرسلها مع الصفحة الأولى أو بقية الطلب لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً أم لا.

أنت مؤهل لأولوية الحصول على المزايا إذا كان أي مما يلي صحيحاً:

- إذا كان مجمل ما تملكه أسرتك نقداً أو في حساب بنكي 100 دولار أو أقل وسيكون مدخولكم لهذا الشهر أقل من 150 دولار.
- إذا كانت أسرتك ستنكبد تكاليف إيجار أو رهن عقاري أو مرافق تتعدى قيمتهم إجمالي دخل أسرتك (المتاح نقدياً أو في حساب بنكي) لهذا الشهر.
- إذا كان أحد أفراد أسرتك مهاجرًا أو يعمل بالزراعة الموسمية وتوقف مصدر دخله.

الاسم - المتقدم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

عنوان الشارع

الرمز البريدي	الولاية	المدينة
---------------	---------	---------

أجب عن الأسئلة التالية حتى ندرس تقديم الخدمة لك بصورة عاجلة.

\$	ما هو إجمالي الدخل (قبل الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى) الذي تتوقعه أسرتك هذا الشهر؟
\$	ما هو إجمالي الأصول التي تمتلكها أسرتك (على سبيل المثال، مبالغ نقدية، مبالغ في حسابات جارية أو حسابات توفير، أو مبلغ إجمالي من المال)؟
\$	ما المبلغ الذي تسدده أسرتك إجمالاً مقابل السكن (الإيجار أو الرهن على سبيل المثال) هذا الشهر؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تلقت أسرتك مزايا Wisconsin FoodShare هذا الشهر؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل حصلت أسرتك على Supplemental Nutrition Assistance Program (مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) (SNAP، طوابع الطعام، تحويل المنافع الإلكترونية) في ولاية أخرى هذا الشهر؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تقيم حالياً في ملجأ لضحايا العنف المنزلي؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أحد أفراد أسرتك مهاجرًا أو عاملاً بالزراعة الموسمية وقد توقف مصدر دخله مؤخراً ولا يتوقع أن يتجاوز دخله في الأيام الـ 10 القادمة 25 دولاراً؟

إذا كانت أسرتك تسدد قيمة خدمات المرافق، فأجب عن الأسئلة التالية.

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كنت أسرتك تدفع إيجاراً، هل يشمل الإيجار تكلفة التدفئة؟
--	--

حدد المربعات المتعلقة بأي مرافق يتعين على أسرتك الدفع مقابلها وإذا كانت تستخدم من أجل تدفئة منزلك.

هل تسدد مقابل هذه المرافق؟	هل تستخدم للتدفئة؟	هل تسدد مقابل هذه المرافق؟	هل تستخدم للتدفئة؟
<input type="checkbox"/> المازوت/الكبروسين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الغاز (الطبيعي)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> الفحم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> الكهرباء	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> الخشب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غاز البروبان السائل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

حدد المربعات المتعلقة بأي مرافق يتعين على أسرتك الدفع مقابلها.

<input type="checkbox"/> الهاتف	<input type="checkbox"/> الماء	<input type="checkbox"/> الصرف الصحي	<input type="checkbox"/> التخلص من النفايات	<input type="checkbox"/> رسوم إضافية نظير تكييف الهواء	<input type="checkbox"/> أخرى
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---	--	-------------------------------

اختياري: الطلب بالكامل

القسم 1 – معلومات الاتصال يرجى إخبارنا بالطريقة الأمثل للتواصل معك. قم بتضمين رمز المنطقة لجميع أرقام هواتفك.	
رقم الهاتف	نوع الهاتف <input type="checkbox"/> منزلي <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> عمل
رقم هاتف آخر	من هو صاحب هذا الرقم؟ <input type="checkbox"/> أنا <input type="checkbox"/> الأسرة <input type="checkbox"/> أخرى
البريد الإلكتروني	

كيف تفضل تلقي الخطابات؟ <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني – ACCESS
هل لديك عنوان مراسلة منفصل مختلف عن محل إقامتك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى كتابة عنوان تلقيك للبريد.
عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------

هل أنت مشرد حاليًا؟* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
*مشرد تعني أنك لا تمتلك محل إقامة على المدى الطويل للبقاء فيه طوال الليل. وتتضمن البقاء في مأوى أو مع صديق أو أحد أفراد الأسرة، أو قد لا يكون لديك مكان للبقاء فيه.
إذا كنت مشردًا، فتخطى سؤال العنوان. إذا كنت مشردًا في الوقت الحالي وليس لديك عنوان مراسلة، فسيتم إرسال البريد الخاص بك إلى الوكالة المحلية.
ما هي أفضل طريقة ووقت للاتصال بك؟

القسم 2 – معلومات الطلب إذا كنت تقوم بإكمال هذا الطلب نيابة عن شخص آخر، فأجب عن بقية الأسئلة كما لو كنت هذا الشخص.
يطالب القانون كل شخص بطلب الحصول على المزايا بتوفير Social Security Number (رقم الضمان الاجتماعي)، إذا كان يملكه. يُستخدم الرقم للمساعدة في تحديد الأهلية ومبالغ المزايا. إذا لم يكن لديك Social Security Number (رقم ضمان اجتماعي)، فيمكنك التقدم للحصول على رقم على www.ssa.gov/number-card .

ملاحظة: لست مضطراً للإجابة على الأسئلة المتعلقة بمجموعتك العرقية والإثنية إذا كنت لا ترغب في ذلك. نقوم بطرح هذه الأسئلة للمساعدة في تحسين برامجنا والتأكد من أنها لا تميز بين مستخدمينا على أسس إثنية أو عرقية. لن يتم استخدام إجاباتك لاتخاذ قرار بشأن الأهلية لبرنامجك ومبالغ المزايا.	
Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق

مواطن أمريكي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مجموعتك الإثنية (اختياري) <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
العرق (اختياري) اختر كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا/الأسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/ينتمي الى جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل إفريقي	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى
اللغة الرئيسية المستخدمة في منزلك	ما هي اللغة التي تفضل طباعة خطابات FoodShare بها؟

القسم 3 - معلومات الأسرة

أكمل هذا القسم بالنيابة عن الأشخاص الذين يعيشون معك. إذا تبين أنك بحاجة لمساحة أكبر، فاستخدم ورقة فارغة وأرفقها بطلبك.

يطالب القانون كل شخص يطلب الحصول على المزايا بتوفير Social Security Number (رقم الضمان الاجتماعي) (SSN). يُستخدم الرقم للمساعدة في تحديد الأهلية ومبالغ المزايا. إذا لم تكن تعرف رقم الضمان الاجتماعي لشخص يعيش معك، أو إذا لم يكن لديهم رقم، فما زال بإمكانك تضمينهم في هذا القسم.

ملاحظة: لست مضطراً للإجابة على الأسئلة المتعلقة بمجموعتك العرقية والإثنية إذا كنت لا ترغب في ذلك. نقوم بطرح هذه الأسئلة للمساعدة في تحسين برامجنا والتأكد من أنها لا تميز بين مستخدمينا على أسس إثنية أو عرقية. لن يتم استخدام إجاباتك لاتخاذ قرار بشأن الأهلية لبرنامجك ومبالغ المزايا.

شخص 1 (مقدم الطلب)

الاسم (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	هل يرغب هذا الشخص في الحصول على FoodShare؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)
الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق
مواطن أمريكي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مجموعتك الإثنية (اختياري) <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
العرق (اختياري) اختر كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا/الأسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/ينتمي الى جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل إفريقي	<input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى
علاقتك بالمتقدم	هل تشتري الطعام أو تتناول الوجبات مع هذا الشخص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
	هل أنت عائل هذا الشخص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

شخص 2

الاسم (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	هل يرغب هذا الشخص في الحصول على FoodShare؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)
الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق
مواطن أمريكي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مجموعتك الإثنية (اختياري) <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة

العرق (اختياري) اختر كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا/الأسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/ينتمي الى جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل إفريقي		
<input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> هل تشتري الطعام أو تتناول الوجبات مع هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> هل أنت عائل هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	علاقتك بالمتقدم	

شخص 3

الاسم (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)		<input type="checkbox"/> هل يرغب هذا الشخص في الحصول على FoodShare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق	
مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مجموعتك الإثنية (اختياري) <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	

العرق (اختياري) اختر كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا/الأسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/ينتمي الى جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل إفريقي		
<input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> هل تشتري الطعام أو تتناول الوجبات مع هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> هل أنت عائل هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	علاقتك بالمتقدم	

شخص 4

الاسم (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)		<input type="checkbox"/> هل يرغب هذا الشخص في الحصول على FoodShare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	
الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق	
مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مجموعتك الإثنية (اختياري) <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني(أ) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	

العرق (اختياري) اختر كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا/الأسكا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين/ينتمي الى جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل إفريقي		
<input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> هل تشتري الطعام أو تتناول الوجبات مع هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> هل أنت عائل هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	علاقتك بالمتقدم	

القسم 4 – معلومات الطالب

إذا تبين أنك بحاجة لمساحة أكبر، فاستخدم ورقة فارغة لتدوين إجاباتك على هذه الأسئلة.

هل تؤخذ الفصول خارج المقرر المقرر المعتمد؟ الفصول الخاصة التي لا تشكل جزءاً من المقرر المعتمد قد تتضمن التعليم العلاجي، التعليم المستمر أو المجتمعي، التطوير المهني، اللغة الإنجليزية لمتحدثي اللغات الأخرى (ESOL/ESL)، وتنمية القوة العاملة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى القسم 5.	هل يوجد أي شخص في أسرتك في سن 18-49 سنة في مرحلة التعليم ما بعد الثانوي (مثال: كلية فنية أو جامعة)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى القسم 5.
--	---

اسم الكلية الطالب ملتحق بدوام: <input type="checkbox"/> أقل من نصف الدوام <input type="checkbox"/> نصف الدوام أو أكثر <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> أخرى

اسم الطالب الذي يدرس في مرحلة التعليم ما بعد الثانوي (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)

هل الطالب غير قادر على العمل بسبب إعاقة مؤقتة أو دائمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

مسجل في برنامج Wisconsin Works (W-2) (عمل ويسكونسن)، أو برنامج آخر ممول من TANF بموجب الفصل 4 من Social Security Act (قانون الضمان الاجتماعي). <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

هل يعمل الطالب لمدة لا تقل عن 20 ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يعمل الطالب لحسابه الخاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
---	--

هل يشارك الطالب ببرنامج لتشغيل الطلاب يتم تمويله من قبل الحكومة الفيدرالية أو الولاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

هل يعمل الطالب في برنامج تدريب وظيفي مدفوع الأجر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل يرضى الطالب طفل أقل سنًا من 6 سنوات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل يرضى الطالب طفل يبلغ من العمر 6-12 سنة ولا تتوفر الرعاية الكافية للطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

هل يعول الطالب طفل لا يتراوح عمره 12 عاما بمفرده أثناء دراسته الجامعية بدوام كلي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل يدرس الطالب بموجب Workforce Innovation and Opportunity Act (قانون الابتكار والفرص للقوى العاملة) (WIOA) أو Trade Act of 1974 (قانون التجارة لسنة 1974) (TAA) أو W-2 أو برنامج FoodShare Employment and Training (FoodShare للتوظيف والتدريب) (FSET) أو برنامج توظيف وتدريب آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

القسم 5 – المعلومات الإضافية الخاصة بالأسرة

هل وجدت Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) أو إدارة Veterans Administration (المحاربين القدامى) أو وجد Railroad Retirement Board (مجلس تقاعد السكك الحديدية) أن أي شخص عاجز كلياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

اسم الشخص (الأشخاص) المعاق (المعاقين) (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير) تاريخ تحديد الإعاقة (شهر/يوم/سنة)

هل يعجز أي شخص عن العمل بسبب مرض أو إصابة (عقلية أو جسدية)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

اسم الشخص (الأشخاص) العاجز (العاجزين) عن العمل (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	تاريخ تحديد عجز الشخص عن العمل (الشهر/اليوم/السنة)
هل توجد امرأة حامل في الأسرة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم المرأة (السيدات) الحامل (الحوامل) (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يوجد اي شخص في أسرتك يتراوح عمره بين 18 و 24 سنة وكنت في رعاية بديلة، وصاية مدعومة، أو رعاية قرابة بأمر من المحكمة، عندما بلغ سن الـ18؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص (الأشخاص) الذي (الذين) يتراوح (تتراوح) عمر (أعمارهم) بين 18 و 24 سنة وكان (كانوا) في رعاية بديلة، وصاية مدعومة، أو رعاية قرابة بأمر من المحكمة، عندما بلغ (بلغوا) سن الـ18 (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يوجد أي محارب قديم في أسرتك تابع للجيش الأمريكي تم تسريحه من الخدمة لأي سبب؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم المحارب (المحاربين) القديم (القديما) (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يشارك أي شخص في أسرتك بانتظام في برنامج اضطرابات تعاطي المخدرات (لا يشمل ذلك برامج مدمني الكحول المجهولين أو المدمنين المجهولين)؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص (الأشخاص) المشارك (المشاركين) في العلاج (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يوجد بأسرتك أي شخص يُعتبر عائلًا رئيسيًا لطفل مستقل دون 6 سنوات (سواء كان هذا الطفل يعيش في منزلك أو خارجه)؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص (الأشخاص) الذي (الذين) يوفر (يوفرون) الرعاية (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يوجد بأسرتك أي شخص يشارك في برنامج عمل؟ على سبيل المثال، برامج العمال النازحين، Wisconsin Works (W-2)، أو Tribal TANF؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص (الأشخاص) المشارك (المشاركين) في برنامج العمل (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل أدين أحد أفراد الأسرة بجناية متعلقة بالمواد المخدرة خلال آخر خمس سنوات؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص المدان بجناية متعلقة بالمواد المخدرة (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
هل يوجد أي شخص فار من جريمة أو منتهكًا للرقابة أو إطلاق السراح المشروط؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اسم الشخص الفار من جريمة أو المنتهك للرقابة أو إطلاق السراح المشروط (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)

القسم 6 - الممتلكات

يتعين توفير المعلومات الخاصة بممتلكاتك في الحالات الآتية فقط: إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على إعانات الطوارئ أو إذا كنت تعزل أفراد أسرة من المسنين، المكفوفين أو من ذوي الإعاقة.

اذكر جميع الأصول التي يملكها مقدم (مقدمو) الطلب. قم بتضمين الأصول المملوكة بالشراكة مع أي شخص آخر. الممتلكات المتاحة تعني أي أصل يمكن بيعه في أي وقت.

اذكر الأشياء مثل النقد، الحسابات الجارية أو حسابات التوفير، بطاقات الائتمان مسبقة الدفع، شهادات الإيداع، صناديق الائتمان، الأسهم، السندات (غير المحتفظ بها من أجل التعليم، أو نفقات الجنازة)، الفائدة في المعاشات، سندات التوفير الأمريكية، اتفاقيات الملكية، عقود الأعمال، ترتيبات المشاركة بالوقت، العقارات المخصصة للتأجير، العقارات المملوكة مدى الحياة، أو الملكية الشخصية المحتفظ بها لأغراض استثمارية. لا تقم بذكر قيمة ممتلكات الأسرة الشخصية.

نوع الملكية	اسم المالك (المالكين)	القيمة الحالية	الوصف (مثل اسم البنك أو المؤسسة المالية، أدرج أنواع الأصول الأخرى هنا)
سيولة نقدية		\$	
حساب جار		\$	
حساب توفير		\$	

	\$	نوع آخر من الأصول
	\$	نوع آخر من الأصول
	\$	نوع آخر من الأصول

القسم 7 – دخل وأجور منصبك/وظيفتك

يعتمد التسجيل في برنامج FoodShare على إجمالي دخل الأسرة (قبل الضرائب أو الخصومات). يُدرج العمل الحر في القسم 9. وإذا كان هناك حاجة لمساحة أكبر للإجابة، فاستخدم ورقة منفصلة.

هل يعمل أي فرد من أفراد الأسرة؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأجب عن الأسئلة التالية لكل فرد من أفراد الأسرة العاملين.

هل يوجد عامل مهاجر بين الأشخاص؟

نعم لا

شخص 1

اسم الشخص العامل (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	تاريخ بدء العمل (شهر/يوم/سنة)
---	-------------------------------

اسم صاحب العمل

عنوان صاحب العمل

كم عدد مرات حصول هذا الشخص على الأجر (اختر مما يلي)؟

أسبوعياً مرتين في الأسبوع (كل أسبوع آخر) مرة واحدة في الشهر شبه شهري (مرتين في الشهر) أخرى، يُرجى توفير التفاصيل:

عدد ساعات العمل لكل شيك راتب؟

إجمالي الدخل (قبل الضرائب أو الخصومات) لكل شيك راتب
\$

هل يُسدد لهذا الشخص بالساعة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار ما يحصل عليه هذا الشخص في الساعة؟ \$

هل يحصل هذا الشخص على راتب؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فكم راتب هذا الشخص؟ \$

هل يحصل هذا الشخص على إكراميات أو تعويضات أخرى خلاف أجره بالساعة أو راتبه؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار ما يحصل عليه هذا الشخص في كل فترة سداد؟ \$

شخص 2

اسم الشخص العامل (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	تاريخ بدء العمل (شهر/يوم/سنة)
---	-------------------------------

اسم صاحب العمل

عنوان صاحب العمل

كم عدد مرات حصول هذا الشخص على الأجر (اختر مما يلي)؟

أسبوعياً مرتين في الأسبوع (كل أسبوع آخر) مرة واحدة في الشهر شبه شهري (مرتين في الشهر) أخرى

إجمالي الدخل (قبل الضرائب أو الخصومات) لكل شيك راتب
\$

عدد ساعات العمل لكل شيك راتب؟

هل يُسدد لهذا الشخص بالساعة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار ما يحصل عليه هذا الشخص في الساعة؟ \$

هل يحصل هذا الشخص على راتب؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فكم راتب هذا الشخص؟ \$

هل يحصل هذا الشخص على إكراميات أو تعويضات أخرى خلاف أجره بالساعة أو راتبه؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار ما يحصل عليه هذا الشخص في كل فترة سداد؟ \$

القسم 8 – فقدان العمل/البطالة

هل فقد أحد أفراد الأسرة وظيفته مؤخراً؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل بقية القسم 8.

تاريخ فقد الوظيفة (شهر/يوم/سنة)

اسم الشخص الذي فقد وظيفته (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)

اسم وعنوان صاحب العمل

هل تقدم هذا الشخص للحصول على إعانة للبطالة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فهل تقدم هذا الشخص للحصول على إعالة بطالة (شهر/يوم/سنة)؟

سبب فقد الوظيفة

استقالة إقالة تسريح أخرى: _____

القسم 9 – دخل العمل الحر

يرجى إخبارنا عن أي دخل تحصل عليه أنت و/أو أي شخص في أسرتك عن طريق عملك الحر. أدرج الدخل الذي تم الحصول عليه حتى إذا لم يقدم الشخص الضرائب. وأمثلة العمل الحر تتضمن امتلاك عمل، العقارات المخصصة للتأجير، أو أي مبادلة أو سلع أو خدمات مقابل المال. إذا كان هناك حاجة لمساحة أكبر للإجابة، أو إذا كان أكثر من شخص يعمل لحسابه الخاص، فاستخدم ورقة منفصلة للإجابة.

هل يعمل أي شخص في أسرتك لحسابه الخاص؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل بقية القسم 9.

الاسم التجاري

اسم الشخص الذي يعمل عملاً حرًا (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)

عنوان العمل

نوع ملكية الأعمال

شراكة شركة صغيرة ملكية فردية شركة أخرى لا أعرف

تاريخ بدء العمل

نوع العمل (مزرعة، دار للرعاية النهارية المنزلية)

هل قام هذا النشاط التجاري بدفع ضرائبه؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما السنة الضريبية التي قام فيها النشاط التجاري بسداد الضرائب لآخر مرة؟

هل طرأ تغيير كبير على نفقات أو دخل عملك الخاص منذ آخر سداد للضرائب؟

نعم لا لا أعرف

في المتوسط، ما هو المبلغ الذي يكسبه هذا النشاط التجاري شهرياً؟ يرجى إعلاننا بالدخل الذي يتم جنيهه قبل خصم النفقات. \$

في المتوسط، ما إجمالي نفقات هذا النشاط التجاري كل شهر؟

\$

في المتوسط، كم عدد الساعات التي يقضيها الشخص للعمل في هذا النشاط التجاري؟

القسم 10 – الدخل العيني أو من العمل التطوعي وغيره

يرجى إخبارنا عن أي شيء عيني (سلع أو طعام أو خدمات مقابل العمل) أو عمل تطوعي يقوم به أي شخص من أسرته. إذا تبين أنك بحاجة لمساحة أكبر، فاستخدم ورقة فارغة لتدوين إجاباتك على هذه الأسئلة.

اسم الشخص أو المنظمة التي تقدم السلع أو الخدمات أو الطعام مقابل العمل أو التطوع

رقم الهاتف	عنوان الشارع	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
ما الذي تقوم به مقابل الحصول على السلع أو الخدمات أو الطعام؟		
تاريخ البدء	كم عدد الساعات في الشهر؟	

اسم الشخص أو المنظمة

رقم الهاتف	عنوان الشارع	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
تاريخ البدء	كم ساعة تطوع تقوم بها شهرياً؟	

القسم 11 – دخل من نوع آخر

إذا تبين أنك بحاجة لمساحة أكبر، فاستخدم ورقة فارغة لتدوين إجاباتك على هذه الأسئلة.

هل يحصل أي شخص في أسرتك على دخل آخر؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل القسم أدناه لكل نوع دخل.

نوع الدخل	هل تحصل على هذا الدخل؟	اسم الشخص الذي يحصل على هذا الدخل	إجمالي المبلغ الشهري (قبل الضرائب أو الخصومات)
Social Security (التأمين الاجتماعي)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$
Supplemental Security Income (SSI) (دخل الضمان الإضافي)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$
النفقة / دعم الطفل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$
تعويض العمال / البطالة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$
بدل الإعاقة / المرض	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$
فوائد / أرباح أسهم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$

\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	معاش المحاربين القدامى
\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	مدفوعات الرعاية البديلة
\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	مدفوعات رعاية القربان
\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	أخرى: _____

القسم 12 – النفقات

رعاية المعالون: هل يقوم أي شخص بالسداد مقابل رعاية الأطفال والكبار حتى يتمكنوا من العمل، البحث عن عمل، الذهاب إلى المدرسة، أو الحصول على تدريب؟
 نعم لا

اسم الشخص الذي يسدد مقابل رعاية الطفل أو البالغ (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	لم يتم الدفع مقابل توفير رعاية الطفل أو البالغ؟ (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	اسم الطفل أو البالغ الجاري رعايته (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
المبلغ \$	كم عدد مرات السداد (اختر مما يلي)؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> مرتين في الأسبوع (كل أسبوع آخر) <input type="checkbox"/> مرة واحدة في الشهر <input type="checkbox"/> شبه شهري (مرتين في الشهر) <input type="checkbox"/> أخرى، يُرجى التحديد:	

دعم الطفل: هل أمرت أي محكمة بدفع نفقة الطفل؟
 نعم لا

اسم من يسدد نفقة الطفل (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	اسم الشخص الذي يحصل على المال (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	اسم الطفل الحاصل على النفقة (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)
المبلغ \$	كم عدد مرات السداد (اختر مما يلي)؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> مرتين في السبوع (كل أسبوع آخر) <input type="checkbox"/> مرة واحدة في الشهر <input type="checkbox"/> شبه شهري (مرتين في الشهر) <input type="checkbox"/> أخرى، يُرجى التحديد:	

النفقات الطبية: هل يقوم أحد أفراد الأسرة من كبار السن أو ذوي الإعاقة بدفع النفقات الطبية من أموالهم الشخصية؟ انظر كتيب خصومات النفقات الطبية ومدى تأثيرها على مزاج FoodShare للاطلاع على الأمثلة أو انظر **P-03315B** على www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b
 نعم لا

اسم الشخص صاحب النفقات الطبية (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	ما نوع النفقات الطبية؟	المبلغ
	<input type="checkbox"/> الوصفات الطبية	\$
	<input type="checkbox"/> الفواتير الطبية	\$
	<input type="checkbox"/> سداد مشترك	\$
	<input type="checkbox"/> قسط تأمين	\$
	<input type="checkbox"/> أخرى	\$
	<input type="checkbox"/> أخرى	\$

كم عدد مرات السداد (اختر مما يلي)؟

أسبوعيًا مرتين في الأسبوع (كل أسبوع آخر) مرة واحدة في الشهر شبه شهري (مرتين في الشهر)
 أخرى، يُرجى التحديد:

تكاليف المسكن: هل يتكبد أي شخص في الأسرة تكاليف خاصة بالمسكن (إيجار، رهن عقاري، ضرائب على الممتلكات العقارية)؟
 نعم لا

اسم الشخص صاحب نفقات المأوى (الأول، الحرف الأول من الأوسط، الأخير)	تكلفة شهرية \$
--	----------------

ما هي طبيعة النفقات؟

إيجار/إيجار قطعة أرض رهن عقاري ضريبة ممتلكات تأمين مالك البيت
 سداد قرص المنزل المتنقل تقييم خاص أو ضرائب خاصة بأشياء مثل إصلاح الرصيف أو الشارع

هل يتكبد أي فرد من الأسرة تكاليف المرافق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تكاليف المرافقة: في حال الإيجار، هل يشمل الإيجار تكلفة التدفئة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
---	--

حدد المربع (المربعات) المتعلقة بالمرافق التي يتعين على أسرتك دفع مقابلها وإذا كانت تستخدم من أجل تدفئة منزلك.

هل تسدد مقابل هذه المرافق؟	هل يستخدم للتدفئة؟
الغاز (الطبيعي) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الكهرباء <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
غاز البروبان السائل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المازوت/الكبروسين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الفحم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الخشب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

حدد المربع (المربعات) للمرافق التي يتعين على أسرتك دفع تكلفتها.

الهاتف المياه الصرف الصحي التخلص من النفايات رسوم إضافية نظير تكييف الهواء أخرى:

هل تحصل على مساعدة في السكن (القسم 8 أو إسكان عام آخر مدعوم)؟

نعم لا

هل تحصل على مساعدة في الطاقة (LIHEAP، WHEAP، مقاومة التجوية أو غيرها من مساعدات الطاقة المقدمة من ولاية أخرى)؟

نعم لا

WISCONSIN FOODSHARE

معلومات هامة

لا يمكن استخدام هذا الطلب للمتبع بـ FoodShare وهو ليس طلبًا للحصول على «Medicaid»، «BadgerCare Plus»، «Family Planning Only Services» أو برنامج Wisconsin Works (عمل ويسكونسن) (W-2). يمكن أن توفر لك هذه البرامج المساعدة اللازمة لتحمل تكلفة الرعاية الصحية أو رعاية الأطفال أو العثور على وظيفة. يمكنك التقدم بطلب للحصول على مزايا «BadgerCare Plus»، «Medicaid»، «Family Planning Only Services» و Wisconsin Shares عبر الإنترنت من خلال access.wi.gov أثناء تقديمك لطلب الانضمام لـ FoodShare. سيتعين عليك الاتصال بوكالتك للتقدم بطلب الاشتراك في W-2.

FoodShare هو استحقاق، مما يعني أنه يساعد الأشخاص ذوي الدخل المنخفضة والذين يواجهون صعوبة في تحمل تكاليف الطعام في الحصول على المساعدة الشهرية لتغطية نفقاتهم. لا يتوجب عليك الانضمام لبرنامج W-2 أو أي برامج أخرى لتمتع بمزايا FoodShare. عادة ما يتم تعريف الأسرة على أنها مجموعة الأشخاص الذين يعيشون معًا ويتشاركون الطعام. يتوقف قدر مزايا FoodShare الذي تتلقاه الأسرة على عدد أفرادها، ونفقاتها، ودخلها. يتم إصدار مزايا FoodShare على بطاقة Wisconsin QUEST، التي تستخدم كبطاقة مصرفية عند محلات البقالة أو متاجر المزارعين التي تقبل خدمات FoodShare.

متطلبات الإبلاغ

أنت مطالب بالإبلاغ في حال زيادة إجمالي الدخل الشهري لأسرتك عن 130% من federal poverty level (مستوى الفقر الفيدرالي) لحجم الأسرة.

أنت مطالب بالإبلاغ عن الحصول على أي جائزة بانصيب أو مقامرة كبيرة ربحتها في لعبة واحدة، رهان، أو بطاقة قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى.

قد تحتاج أنت أو شخص ما في أسرتك إلى تلبية متطلبات عمل FoodShare في مرحلة ما من فترة اعتمادك لمواصلة الحصول على مساعدات FoodShare. لتلبية متطلبات العمل، يجب أن تعمل بالفعل أو تشارك في برنامج عمل لمدة 80 ساعة في الشهر على الأقل. إذا قلت ساعات عملك عن 80 ساعة في الشهر، فيجب أن تبلغ عن ذلك.

كعضو في خدمة FOODSHARE، لديك الحقوق و الواجبات التالية.

تشمل حقوقك:

- حق إبلاغك بحالة تسجيلك خلال 30 يومًا من التقدم للحصول على الخدمة.
- حق الحصول على المزايا خلال سبعة أيام إذا كنت مؤهلاً للمساعدة الفورية.
- عدم التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط.

أنت مسؤول عن:

- الإجابة عن جميع الأسئلة المذكورة في النموذج بشكل كامل وصريح والتوقيع باسمك لتشهد، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن كل الإجابات التي قمت بتقديمها حقيقية وصحيحة. ويتضمن ذلك المعلومات المتعلقة بالمواطنة وحالة الهجرة للأعضاء المتقدمين للحصول على المزايا.
- توفير إثبات على صحة المعلومات المطلوبة لتحديد مدى أهليتك.
- الإبلاغ عن أي تغييرات قد تطرأ خلال المدة الزمنية المقدمة لك في خطاباتك.
- عدم البيع، أو المتاجرة، أو التبرع بالمزايا.
- استخدام مزايا FoodShare لشراء الأغراض المسموح بها فقط.

قد يتم استبعاد الأشخاص الذين يخالفون قواعد FoodShare من البرنامج، أو يتعرضون للتعريم، أو السجن، أو الثلاثة معًا. للمزيد من المعلومات حول حقوقك وواجباتك، قم بزيارة موقع www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b.

إخطار مكتوب

لديك الحق في استلام إخطار مكتوب من وكالتك قبل اتخاذ أي إجراء بخصوص إنهاء أو تقليل مزايا FoodShare المقدمة لك. لمعظم الإجراءات، سنتسلم خطابًا خلال ما لا يقل عن 10 أيام قبل اتخاذ الإجراء.

جلسة استماع عادلة

لديك الحق في طلب جلسة استماع عادلة إذا لم توافق مع أي من قرارات الوكالة. يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة عن طريق الاتصال بـ **608-266-7709** كما يمكنك أيضًا إرسال نموذج أو خطاب لطلب عقد جلسة استماع عادلة عن طريق فاكس **608-264-9885** أو عن طريق البريد إلى:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

يجب تقديم طلبك خلال 90 يومًا من تاريخ سريان مزايا Foodshare الخاصة بك أو، إذا لم توافق على حجم مزايا FoodShare المقدمة إليك، في أي وقت أثناء حصولك على المزايا.

يمكن تحميل طلب عقد جلسة استماع عادلة من www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm أو يمكنك الاتصال بالوكالات المُدرجة بخطابك لطلب جلسة الاستماع.

في معظم الحالات، إذا تم تلقي طلبك لجلسة استماع عادلة من قبل Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات) قبل تاريخ سريان الإجراء، فلن يتم إنهاء أو تقليل مزايا خدمة FoodShare. يمكنك أن تطلب استمرار المزايا المقدمة إليك، حتى يتم اتخاذ قرار بشأن استئنافك على الأقل. إذا طرأ تغيير ما غير متعلق باستئنافك خلال هذا الوقت، من المحتمل أن تتأثر مزايا خدمة FoodShare. وستتلقى رسالة جديدة إذا طرأ تغيير آخر. إن لم تكن راضيًا عن قرار جلسة الاستماع العادلة، بإمكانك أن تستأنف وتطلب جلسة استماع ثانية. إذا أقر حكم جلسة الاستماع العادلة بإيقاف أو تخفيض مخصصاتك، فقد تكون ملزمًا بسداد رسوم أي مساعدات قد تلقيتها أثناء الفترة التي كان استئنافك قيد النظر بها. يمكنك طلب عدم استمرار المزايا المقدمة إليك.

يمكنك أن تمثل نفسك أو أن يُمثلك محام، أو صديق، أو أي شخص آخر تختاره في جلسة الاستماع أو الاجتماع. لا يمكننا أن ندفع أتعاب محاميك. على الرغم من ذلك، يمكنك تلقي خدمات استشارة قانونية مجانية إذا كنت تستوفي بعض الشروط. لمعرفة المزيد عن الاستشارة القانونية المجانية اتصل على **888-278-0633**.

إذا لم تحضر أنت أو ممثلك إلى جلسة الاستماع بدون عذر مقبول، فلن تنتظر اللجنة في طلب استئنافك وسيتم رفضه تلقائيًا.

الوصي شرعي أو القانوني أو المحامي الموكل

إذا كان لديك وصي شرعي أو قانوني أو قمت بتوكيل محامي، فيمكن لهذا الشخص ملء هذا النموذج وتقديمه نيابة عنك. سيتعين على هذا الشخص تقديم المستندات التي تثبت تعيينه أو تعيينها لتمثيلك مع هذا النموذج.

جمع المعلومات/استخدام SOCIAL SECURITY NUMBERS (أرقام الضمان الاجتماعي)/معلومات التعريف الشخصية
إن جمع هذه المعلومات، بما في ذلك **Social Security number** (رقم الضمان الاجتماعي) لكل فرد من أفراد الأسرة، مُصرح به بموجب **Food and Nutrition Act of 2008** (قانون الغذاء والتغذية لعام 2008)، بصيغته المعدلة، **7 U.S.C. 2011-2036**. ستستخدم هذه المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرته تستوفي شروط المشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية **SNAP**.

ستستخدم هذه المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرته تستوفي شروط تلقي مزايا البرنامج أو الاستمرار في الحصول عليها. سيتم التحقق من المعلومات التي وفرتها لنا عن طريق برامج مطابقة حاسوبية. كما ستستخدم هذه المعلومات لرصد الالتزام بسياسات البرنامج وإدارته بالشكل الأمثل. من الممكن أن نُفصح هذه عن المعلومات لوكالات أخرى، سواء فيدرالية أو تابعة للولاية، لفحصها رسمياً بواسطة جهات إنفاذ القانون للقبض على الأشخاص الفارين من العدالة.

إذا قام برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (**SNAP**) بتحريك دعوى ضد أسرته، فقد تتم إحالة جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع **Social Security numbers** (أرقام الضمان الاجتماعي)، إلى الهيئات الفيدرالية وهيئات الولاية المختلفة، وهيئات جمع التعويضات الخاصة، لاتخاذ الإجراء المناسب لتحصيل الرسوم.

إن تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك **Social Security numbers** (أرقام الضمان الاجتماعي) الخاصة بجميع أفراد الأسرة، هو أمر اختياري. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم **Social Security number** (رقم الضمان الاجتماعي) إلى رفض مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (**SNAP**) لكل فرد لم يتم تقديم **Social Security number** (رقم الضمان الاجتماعي) الخاص به. سيتم استخدام والكشف عن أي **Social Security numbers** أرقام للضمان الاجتماعي تم تزويدها بنفس الطريقة **Social Security numbers** (كأرقام الضمان الاجتماعي) لكل أفراد الأسرة المؤهلين لتلقي مزايا البرنامج.

لن يتم مشاركة **Social Security number** (رقم الضمان الاجتماعي) الخاص بك مع **United States Citizenship and Immigration Services** (إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة) (**USCIS**).

لا يتم احتساب مزايا **FoodShare** على أساس عدم المقبولية العامة.

وضع الهجرة

لنتمكن من الحصول على خدمات **FoodShare**، يجب أن تكون مواطناً أمريكياً أو أن يكون وضعك القانوني مستوفي لشروط الهجرة اللازمة طبقاً لإدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (**USCIS**). سيتم التحقق من وضع الهجرة لجميع الأفراد المتقدمين للحصول على **FoodShare** لدى إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (**USCIS**) وقد يؤثر ذلك على تسجيل مزايا **FoodShare**. لن يتم التحقق من وضع الهجرة مع إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (**USCIS**) لأي فرد لم يتقدم للحصول على مزايا **FoodShare** أو أي شخص أشار لعدم قانونية وضع الهجرة الخاص به لدى إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (**USCIS**). على الرغم من ذلك، قد يؤثر دخل هؤلاء الأفراد على التسجيل ببرنامج **FoodShare** وتلقي مزاياه.

مراجعة مراقبة الجودة

يمكن اختيار حالتك في برنامج **FoodShare** عشوائياً من قبل **Department of Health Services** (إدارة الخدمات الصحية) بولاية **Wisconsin** للخضوع لمراجعة مراقبة الجودة. مراجعة مراقبة جودة **FoodShare** هي مراجعة لحالة مكدرة ببرنامج **FoodShare** للتأكد من أن الوكالة التي أدرجتك في برنامج **FoodShare** قد أصدرت مساعداتها لك بشكل صحيح بعد تتبع القواعد التي حددتها الحكومة الفيدرالية. تنص القوانين الفيدرالية على ضرورة تعاونك مع مراجعة مراقبة الجودة. إذا لم تقدم المعلومات المطلوبة ولم تتعاون مع المراجعة، فقد يتم إلغاء إدراج حالتك في برنامج **FoodShare**. إذا حدث ذلك، سيتم إعلامك بالمدّة الزمنية لإلغاء إدراج حالتك.

قواعد العمل الأساسية للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 16 إلى 59 عام

يجب على كل المتقدمين وأعضاء برنامج **FoodShare** من عمر 16 وحتى 59 عاماً الالتزام بقواعد العمل الأساسية كشرط للأهلية بـ **FoodShare** إلا إذا كانوا معاقين. يتضمن الالتزام بقواعد العمل الأساسية التسجيل للعمل وقت الطلب عن طريق توفير المعلومات الكافية بخصوص حالة العمل أو التوفر للعمل.

تكون مستوفياً للإعفاء من قواعد العمل الأساسية إذا كان أي مما يلي صحيحاً:

- عمرك 16 أو 17 عام ولست العائل الرئيسي للأسرة المدرجة ببرنامج **FoodShare**.
- عمرك 16 أو 17 عام وأنت العائل الرئيسي لأسرة مدرجة ببرنامج **FoodShare** ولكنك مسجل في مدرسة أو أحد برامج التدريب والتوظيف بدوام نصفى على الأقل.
- إذا كنت غير لائق للعمل. ينطبق ذلك إذا:
 - كنت تتلقى إعانة بصورة مؤقتة أو دائمة من مصدر حكومي أو خاص.
 - إذا أقرت وكتلتك بأنك غير قادر ذهنياً أو بدنياً على العمل.
 - إذا ذكر بيان معتمد من مقدم رعاية صحية أو أخصائي اجتماعي أنك غير قادر على العمل.
- إذا كنت مدرج ببرنامج **W-2** وتستوفي متطلبات عمل **W-2**.

- إذا كنت العائل الرئيسي لطفل معال يقل عمره عن 6 سنوات (سواء كان الطفل يعيش في منزلك أو خارجه). ولكن، إذا كنت تتشارك الوصاية على الطفل مع شخص آخر، فسيتم استثناء أحدكما فقط من متطلبات تسجيل العمل بصفته العائل الرئيسي للطفل.
 - إذا كنت العائل الرئيسي لشخص آخر لا يمكنه العناية بنفسه (سواء كان هذا الشخص يعيش في منزلك أو خارجه).
 - إذا كنت متقدم للحصول أو تحصل على إعانة بطالة.
 - إذا كنت تشارك بانتظام في برنامج للعلاج أو إعادة تأهيل من تعاطي الكحوليات أو المخدرات.
 - إذا كنت تعمل 30 ساعة أسبوعياً أو أكثر أو تحصل على أجور أسبوعية قدرها 217.50 دولار أو أكثر.
 - إذا كنت مسجل بدوام نصفى على الأقل في جامعة أو برنامج تدريبي أو معهد تعليم عالي معترف به.
- من الممكن أن يطلب منك تقديم إثبات لوكالتك إذا كنت تستوفي أي من شروط الإعفاء المذكورة أعلاه. على الرغم من أن قواعد العمل الأساسية إلزامية، إلا أن الاشتراك في برنامج للعمل هو أمر تطوعي.

عقوبة قاعدة العمل الأساسية

- إذا لم تمتثل لمتطلبات قاعدة العمل الأساسية على الرغم من عدم استيفائك لأي من شروط الإعفاء، فلن تتمكن من الاستفادة من مساعدات برنامج FoodShare لفترة عقوبة محددة. يتضمن ذلك إذا قمت طوعاً وبدون أي سبب وجيه بفعل أي مما يلي:
- رفض عرض وظيفة مناسبة
 - الاستقالة من وظيفة دوامها الأسبوعي 30 ساعة أو أكثر (أو وظيفة بأجر يعادل أجر 30 ساعة عمل أسبوعياً أو أكثر وفقاً للحد الأدنى الفيدرالي للأجور)
 - تقليص ساعات العمل إلى أقل من 30 ساعة أسبوعياً (أو كان أجرك يقل عن أجر 30 ساعة وفقاً للحد الأدنى الفيدرالي للأجور)
 - التسجيل في برنامج W-2 رغم عدم استيفائك لمعايير عمل W-2.
 - التقدم للحصول أو الحصول على إعانة بطالة رغم عدم استيفائك لمتطلبات عمل برنامج إعانات البطالة
- إذا انضمت إلى أسرة أخرى مدرجة ببرنامج FoodShare خلال فترة عقوبتك، فستنتقل معك المدة المتبقية من العقوبة إلى الأسرة الجديدة. مدة فترة العقوبة:
- شهر واحد لأول مرة.
 - ثلاثة أشهر للمرة الثانية.
 - ستة أشهر للمرة الثالثة أو لأي عقوبة لاحقة.

يمكنك إنهاء فترة العقوبة مبكراً إذا أصبحت معفي من متطلبات تسجيل العمل. سيتعين عليك التقدم مجدداً لبرنامج FoodShare إذا أردت الاستفادة من البرنامج بعد انتهاء فترة العقوبة. إذا كنت منضم لمجموعة FoodShare، ستحتاج إلى إبلاغ المسؤول عن المجموعة ليقوم بتحديث حالتك بدلاً من أن تتقدم مجدداً.

متطلبات العمل للبالغين القادرين الذين تتراوح أعمارهم من 18 إلى 54

يجب على البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 - 54 عام والذين لا يعولوا أطفال قصر يعيشون في منزلهم أن يحصلوا على مزايا FoodShare لفترة محدودة تبلغ ثلاثة أشهر كل 36 شهر (3 سنوات) إلا إذا استوفوا متطلبات العمل لبرنامج FoodShare أو متطلبات الإعفاء. متطلب العمل مختلف عن متطلب قاعدة العمل الأساسية.

هناك أربع طرق لتلبية متطلب عمل FoodShare بالنسبة لـ ABAWDs:

- العمل 80 ساعة على الأقل شهرياً.
- المشاركة في برنامج عمل مسموح به 80 ساعة على الأقل شهرياً، مثل:
 - برنامج FoodShare Employment and Training (توظيف وتدريب FoodShare)، اختصاراً (FSET).
 - W-2.
 - Workforce Innovation and Opportunity Act (قانون الابتكار وفرص القوى العاملة) (WIOA).
- العمل بوظيفية عينية (تحصل منها على سلع بدلاً من المال) أو التطوع لمدة 80 ساعة على الأقل شهرياً.
- المشاركة بمجموعة أعمال متداخلة، مثل وظيفة عينية، أو تطوع، أو المشاركة في برنامج عمل مسموح به بإجمالي 80 ساعة شهرياً.

ستحصل على المعلومات المتعلقة ببرنامج FSET إذا انضمت لـ FoodShare.

قد تُعتبر معفياً ولا تحتاج إلى تلبية متطلبات العمل إذا كان أي مما يلي صحيحاً:

- إذا كنت تعيش مع طفل دون 18 سنة وهو جزء من نفس أسرة FoodShare، حتى إذا لم يكن الطفل مؤهلاً لمساعدات FoodShare.
- إذا كنت العائل الرئيسي لشخص آخر لا يمكنه العناية بنفسه (سواء كان هذا الشخص يعيش في منزلك أو خارجه).
- إذا كنت العائل الرئيسي لطفل معال يقل عمره عن 6 سنوات (سواء كان الطفل يعيش في منزلك أو خارجه). ولكن، إذا كنت تتشارك الوصاية على الطفل مع شخص آخر، فسيتم استثناء أحدكما فقط من متطلبات تسجيل العمل بصفته العائل الرئيسي للطفل.
- إذا كنت غير قادر بدنياً أو ذهنياً على العمل.
- إذا كنت تواجه التشرد. يتضمن ذلك الأشخاص الذين يعيشون في وضع سكني مؤقت، مثل ترتيبات المعيشة الانتقالية والملاجئ، أو المقيمين بصفة مؤقتة (حتى 90 يوماً) في محل إقامة شخص آخر.
- في حالة الحمل.
- إذا كنت متقدم للحصول أو تحصل على إعانة بطالة.
- إذا كنت تشارك في برامج علاج أو إعادة تأهيل من alcohol or other drug abuse (تعاطي الكحوليات أو المخدرات) (AODA).
- إذا كنت مسجل بدوام نصفى على الأقل في جامعة أو معهد تعليم عالي معترف به.

- إذا كان عمرك 18 عام أو أكبر وتدرس بمدرسة ثانوية بدوام نصفى على الأقل.
- إذا كنت مسجلاً في برنامج W-2 وتلقي متطلبات المشاركة في W-2.
- إذا كنت تعمل 30 ساعة أسبوعياً أو أكثر أو تحصل على أجور أسبوعية قدرها 217.50 دولار أو أكثر.
- إذا كان عمرك يتراوح بين 18 و 24 سنة وكنت في رعاية بديلة، وصاية مدعومة، أو رعاية قرابة بأمر من المحكمة، عندما بلغت سن الـ 18.
- إذا كنت من المحاربين القدامى. المحارب القديم هو شخص خدم في القوات المسلحة الأمريكية (بما في ذلك، الجيش، مشاة البحرية، البحرية، القوات الجوية، قوات الفضاء، حرس الحدود، الحرس الوطني، واحتياطي القوات المسلحة) وتم تسريحه أو إعفائه لأي ظرف.

ملاحظة: قد تحتاج إلى تقديم إثبات على أنك تستحق الإعفاء.

وكالة التوظيف

يتاح لك الانتفاع بخدمات وكالة التوظيف ووكالة التوظيف هي أكبر مصدر لفرص العمل في ولاية Wisconsin. قم بزيارة موقع وكالة التوظيف jobcenterofwisconsin.com، أو يمكنك استخدام جهاز كمبيوتر بشاشة لمس في مركز التوظيف المحلي التابع له. للعثور على وكالة توظيف قريبة منك، اتصل على رقم 888-258-9966 (مجاًناً).

فحص الكمبيوتر

سوف تخضع المعلومات المدرجة في طلبك للتدقيق من خلال نظام الولاية للتحقق من الدخل والأهلية. إذا كنت تعمل، فسيتم التحقق من الدخل الوظيفي والأجور التي أدرجتها بطلبك أثناء فحص الكمبيوتر عن طريق مقارنتها بالأجور التي يقدمها صاحب العمل إلى Department of Workforce Development (إدارة تطوير القوى العاملة). كما يتم التواصل مع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS)، و Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي)، و Unemployment Insurance Division (إدارة إعانات البطالة) للتحقق من أي دخل أو أصول قد تكون لديك. قد تؤثر المعلومات الواردة من تلك الوكالات على تسجيل أسرتك و/أو المزايا التي قد تتلقاها.

إذا تبين أن أي من المعلومات التي قدمتها غير صحيحة، فسيتم رفض طلب حصولك على مساعدات برنامج FoodShare و/أو قد تخضع للملاحقة الجنائية بسبب تقديم معلومات خاطئة عن علم. وستوجب عليك دفع تكلفة المساعدات التي تلقيتها عند تقديمك معلومات خاطئة. إذا قام برنامج FoodShare بتحريك دعوى للتعويض ضد أسرتك، فقد تتم إحالة جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع Social Security numbers (أرقام الضمان الاجتماعي)، إلى الهيئات الفيدرالية وهيئات الولاية المختلفة، وهيئات جمع التعويضات الخاصة، لاتخاذ الإجراء المناسب لتحصيل الرسوم.

تنبيه عقوبات برنامج FOODSHARE

قد يُمنع أي فرد من أفراد أسرتك انتهاك أي من قواعد برنامج FoodShare عمداً لمدة 12 شهر بعد الانتهاك الأول، و 24 شهراً بعد الانتهاك الثاني أو للانتهاك الأول الذي ينطوي على مادة خاضعة للرقابة، ونهائياً للانتهاك الثالث.

- تقديم معلومات خاطئة أو إخفاء معلومات للحصول أو مواصلة الحصول على مساعدات برنامج FoodShare.
- الاتجار في أو بيع مساعدات برنامج FoodShare
- تعديل البطاقات للحصول على مساعدات غير مستحقة
- استخدام مساعدات FoodShare لشراء مواد غير غذائية مثل الكحوليات أو التبغ.
- استخدام مساعدات FoodShare أو بطاقات هوية شخصية أو أي وثائق أخرى خاصة بشخص آخر.

بناء على قيمة المساعدات المساء استخدامها، من الممكن تغريمك أيضاً ما يصل إلى 250,000 دولار، أو السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً، أو كلاهما. وقد تحظر المحكمة انتفاعك بمزايا برنامج FoodShare بولاية Wisconsin لمدة 18 شهراً إضافية. سيتم استبعادك نهائياً إذا تمت إدانتك بالاتجار بمساعدات FoodShare تساوي قيمتها 500 دولار أو أكثر. لن تتمكن من الاشتراك ببرنامج FoodShare بولاية Wisconsin لمدة 10 سنوات إذا تبين أنك قدمت بيانات احتيالية فيما يتعلق بهويتك ومحل إقامتك للحصول على عدة مساعدات في نفس الوقت. لا يمكن للمدانيين الهاربين ومخالفين شروط الإفراج المشروط الاستفادة من برنامج FoodShare بولاية Wisconsin. وقد تخضع للمزيد من الملاحقة القضائية بموجب القوانين الفيدرالية الأخرى المعمول بها.

في حالة الاتجار (بيع أو شراء) بمساعدات FoodShare مقابل مواد خاضعة للرقابة أو مخدرات غير قانونية، سوف تستبعد من برنامج FoodShare لمدة عامين للمرة الأولى، ونهائياً إذا تكرر الأمر. في حالة الاتجار (بيع أو شراء) بالمساعدات التي تتلقاها مقابل أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، سوف تستبعد من برنامج FoodShare Wisconsin نهائياً.

الإثباتات المطلوبة

- لا يمكن البت في انضمامك لبرنامج FoodShare حتى تقدم الإثباتات المؤكدة لبعض إجاباتك المدرجة في النموذج.
- إذا كانت المقابلة في الوكالة، يرجى تقديم أكبر قدر من البنود من القائمة التالية.
- أما إذا كانت تم إجراء المقابلة عبر الهاتف، فسترسل إليك قائمة بما ستحتاج تقديمه بمثابة إثبات بعد المقابلة.

قد يُطلب منك تقديم مستندات أخرى بخلاف المذكورة أدناه. في هذه الحالة، سوف ترسل إليك الوكالة قائمة بوثائق الإثبات المطلوبة. إذا لم تتمكن من استيفاء البنود المطلوبة، أخبر وكتلتك بالبنود التي لن تتمكن من استيفائها، وسوف تساعدك الوكالة

تمثل البنود التالية أمثلة للإثباتات:

الهوية/الهجرة	الدخل المكتسب	عمل حر
<ul style="list-style-type: none">• رخصة القيادة• شهادة الميلاد• جواز سفر أو بطاقة مواطنة أمريكية• مستند الهجرة• مفردات مرتب• بطاقة هوية العمل• سجلات المستشفى	<ul style="list-style-type: none">• كل إيصالات الشيكات المستلمة في الـ 30 يوم الماضية.• بيان موقع من صاحب العمل يتضمن الأرباح الإجمالية وتواريخ الدفع المتوقعة خلال الـ 30 يوماً المقبلة.• نموذج للتحقق من الدخل تم توفيره من قبل صاحب العمل	<ul style="list-style-type: none">• آخر الضرائب السنوية
		<p>مصادر الدخل الأخرى</p> <p>(إعانة بطالة، إعانة عجز، Social Security (ضمان اجتماعي)، معاش تقاعد، مساعدات قدامى المحاربين، مخصصات عسكرية)</p> <ul style="list-style-type: none">• خطاب الاستحقاق• نسخة من آخر شيك أجور

من الممكن أن تُطلب البنود التالية للحصول على إعانات مالية:

- تكاليف السكن وفواتير الخدمات
- إيصال الإيجار الحالي مع ذكر اسم المالك ورقم هاتفه
- عقد الإيجار أو أوراق الرهن العقاري
- بيان ضريبة الأملاك العقارية
- فواتير المرافق
- دعم الأطفال (يُستلم أو يُدفع في ولاية أخرى غير Wisconsin)
- أوراق الأمر القضائي أو سجلات دفع أخرى
- سجلات الدفع من ولاية أخرى

إذا كان عمرك 60 عامًا أو أكبر، أو كفيف أو من ذوي الإعاقة، يمكنك أن تحصل على إعانات لسد تكلفة بعض النفقات الطبية المعينة.

التكاليف والنفقات الطبية

تتضمن التكاليف والنفقات الطبية، على سبيل الذكر لا الحصر، ما يلي:

- المستشفيات، والخدمات الطبية وطب الأسنان والرمد
- أقساط التأمين الصحي، وأقسام Medicare، وتكاليف خطط الوصفات الدوائية.
- الوصفات الطبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية
- التمريض المنزلي والخدمات الصحية المنزلية
- الأجهزة والمستلزمات الطبية
- تكاليف النقل والإقامة للحصول على الرعاية الطبية
- التكلفة الخاصة بحيوانات الخدمة المدربة بشكل خاص
- تكاليف Lifeline/Medic Alert إذا أوصى بها أخصائي الرعاية الصحية
- بيان النفقات
- إيصالات تفصيلية
- دواء أو زجاجة أقراص موضح سعرها على الملصق
- سياسة تأمين صحي قائمة على الأقساط، أو المشاركة، أو المدفوعات، أو الخصم
- بيان من صيدلية
- اتفاقية سداد مع مقدم الخدمة
- بيان من طبيب يؤكد صرف دواء بدون وصفة طبية
- فاتورة خدمات زيارة تمرير أو مدبرة المنزل أو مقدم خدمة رعاية صحية.
- إيصالات الإقامة و/أو النقل من أجل الحصول على علاج أو خدمات طبية
- فاتورة أو إيصالات طعام الحيوانات أو التدريب أو الخدمات البيطرية لحيوانات الخدمة المدربة بشكل خاص

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

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 Form AD-3027، 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 9992-632 (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:

(1) العنوان البريدي:

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

(2) الفاكس:

(833)-256-1665 أو (202)-690-7442; أو

(3) البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.