وزارة الخدمات الاجتماعية بولاية كارولينا الجنوبية

إخطار انتهاء

سوف تنتهي مساعدات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو برنامج استقلال العائلة (FI) في _____

للحصول على مساعدات برنامج SNAP و/أو برنامج استقلال العائلة (FI) دون انقطاع، يتعين عليك استكمال هذه الاستمارة وإرسالها بالبريد العادي إلى جانب جميع المعلومات الواردة في الظرف المرفق المعنون بعنوان المرسل أو تسليم الاستمارة باليد إلى مكتب دائرة DSS المحلي في أقرب وقت ممكن، على أن يتم هذا قبل _____

CO. NO.	CASE NAME
	CASE NUMBER
	SNAP/FI CERT. THRU DATE

إن كنت بحاجة للمساعدة لملء هذه الاستمارة، يمكنك الاتصال على:

DATE RECEIVED –OFFICEONLY	

أقر مع تحمل عقوبة الحنث باليمين أنه تم الإجابة على الأسئلة التالية بصدق وبصورة كاملة. وأدرك أن المعلومات أو تغييرها. كما أمنح الإذن FI أو برنامج SNAPالواردة في هذه الاستمارة ربما تتسبب في إيقاف مساعدات برنامج لدائرة الخدمات الاجتماعية باتخاذ كافة الإجراءات الضرورية للتحقق من صحة البيانات.

التاريخ:_____ التوقيع: _____

1. أخبرنا عن محل سكنك وكيف يتسنى لنا الوصول إليك.

الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم	رقم هاتف الاتصال أثناء النهار:	
عنوان الشارع: (يتضمن رقم الشقة/البناية)	المدينة:	الولاية:	الرمز البريد:	المقاطعة:
العنوان البريدي: (إن كان مختلف، يتضمن رقم الشقة/البناية)	المدينة:	الولاية:	الرمز البريد:	المقاطعة:

2. أخبرنا من الذي يعيش معك. أدرج اسمك في السطر الأول. ضع دائرة حول كلمة لا في العمود الأخير للأجانب الذين لا ترغب في قيام الوكالة بالاتصال بدائرة INS للتحقق من حالة الهجرة الخاصة بهم. (استخدم ورقة أخرى لإضافة أسماء أخرى إذا لم تكفي هذه المساحة لإدراج الجميع هنا).

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) أدرج الأسماء كما هي واردة في بطاقة الضمان الاجتماعي.	القرابة بالنسبة للشخص الوارد في السطر 1	تاريخ الميلاد	العمر	الجنس ذكر/أنثى	هل هناك أي شخص من	* رمز العرق (اختر واحدًا أو أكثر)	رقم الضمان الاجتماعي أو تاريخ استمارة SS-5	كفيف أو معاق	مواطن أمريكي	في المرحلة الدراسية	يعمل	متضمن في الميزانية
.1	(أنا)				نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.2					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.3					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.4					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.5					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.6					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا
.7					نعم لا			نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا	نعم لا

*** العرق: WH - اسود او امريكي افريقي. BL(الحصول على المعلومات العرقيه والجنسيه من المتقدم ليست إلزاميه؛ ومع ذلك فإنها ضروريه لتحديد مدى التزام الولايه بقوانين الحقوق المدنيه الفيدراليه) - سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى.NH -- هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين AI.- – أسيويASأبيض**

هل تعيش في مركز لمعالجة إدمان الكحول أو المخدرات أو منشأة إعادة تأهيل (DAA)؟ □نعم □لا

إن كانت الإجابة نعم، الاسم:_____رقم الهاتف: _____

هل تعيش في منزل جماعي لفاقدي البصر أو الأشخاص المعاقين؟ □نعم □لا

إن كانت الإجابة نعم، الاسم:_____رقم الهاتف: _____

3. لبرنامج FI فقط، هل هناك أي معلومات جديدة تود الإبلاغ عنها بخصوص الوالد الغائب؟ □ نعم □ لا
إن كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق ورقة أخرى بالمعلومات الإضافية بما في ذلك اسم الوالد الغائب.

4. هل هناك أي شخص يمتلك سيارات أو مركبات أو أي أصول أخرى أو مباني/أراضي بخلاف التي تعيش فيها؟ □ نعم □ لا

إن كانت الإجابة نعم، كم قيمة FI؟ _____$

5. كم تبلغ قيمة النقدية________________$ النقدية أو الحسابات الجارية_____$ أو حسابات الادخار ___________________$
التي تملكها الأسرة؟ بالنسبة لبرنامج FI، يرجى تقديم أحدث كشف حساب.

6. هل تعتبر أنت أو أي شخص يعيش معك من المجرمين الهاربين أو من المنتهكين الذين حصلوا على إخلاء سبيل مشروط/مراقبة مشروطة؟ □ نعم □ لا
إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________________

هل سبق أن تمت إدانتك أنت أو أي شخص يعيش معك بارتكاب واحدة من الجرائم التالية بعد 22 أغسطس 1996:
- جريمة لها علاقة بالمخدرات؟ □نعم □لا إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________
- الحصول على مساعدات من برنامج TANF (مساعدات نقدية) أو برنامج SNAP من ولايتين أو أكثر في الوقت ذاته؟ □ نعم □ لا
  إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________________
- مبادلة مساعدات برنامج SNAP بمخدرات؟ □ نعم □ لا إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________
- شراء مساعدات برنامج SNAP أو بيعها بأكثر من 500$؟ □ نعم □ لا إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________
- مبادلة مساعدات برنامج SNAP بأسلحة أو ذخائر أو متفجرات؟ □ نعم □ لا
  إن كانت الإجابة نعم، اذكر أسمائهم: ______________________________

7. **هل تعمل أنت أو أي شخص يعيش معك؟** □ نعم □ لا **إن كانت الإجابة نعم، يرجى إرسال جميع كشوف الراتب المستلمة عن الأسابيع 4 الأخيرة.** إن كنت قد بدأت العمل منذ فترة وجيزة ولم تستلم بعد كشف الراتب أو ليس بحوزتك جميع كشوف الراتب، اطلب من جهة العمل استكمال هذا القسم. في حال إنهاء العمل، يرجى ذكر سبب إنهاء العمل: ______________________________
تاريخ آخر شيك:______________ المبلغ الإجمالي لآخر شيك:______________________لبرنامج FI
فقط: في حال إنهاء العمل، هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدات البطالة؟ □ نعم □ لا

أ	اسم الشخص الذي يعمل:					
اسم جهة العمل وعنوانها:						
رقم هاتف جهة العمل:			رقم فاكس جهة العمل:			
	تاريخ استلام الأجر			إجمالي الأجر	إكرامية	إجمالي الساعات
	شهر	يوم	سنة			
1.						
2.						
3.						
4.						

توقيع جهة العمل ______________ رقم الهاتف ______________

الاسم المكتوب ______________

ب	اسم الشخص الذي يعمل:					
اسم جهة العمل وعنوانها:						
رقم هاتف جهة العمل:			رقم فاكس جهة العمل:			
	تاريخ استلام الأجر			إجمالي الأجر	إكرامية	إجمالي الساعات
	شهر	يوم	سنة			
1.						
2.						
3.						
4.						

توقيع جهة العمل ______________ رقم الهاتف ______________

الاسم المكتوب ______________

8. هل تحصل أنت أو أي شخص يعيش معك على أموال بخلاف العمل؟ □ نعم □ لا

دخل آخر	المبلغ	كم مرة تحصل على هذا الدخل؟	من الذي يحصل على هذا الدخل؟
دعم الطفل (طواعية أم أمر قضائي)	$		
SSI	$		
مساعدات الضمان الاجتماعي	$		
مساعدات البطالة	$		
مساعدات المحاربين القدماء	$		
أخرى: (اشرح)	$		

9. هل تتحمل أنت أو أي شخص يعيش معك أي من هذه النفقات؟ □ نعم □ لا
إن كانت الإجابة نعم، وكنت ترغب في الحصول على خصم بقيمة هذه النفقات، يرجى استكمال المعلومات الواردة أدناه وإرسال ما يدل على هذه النفقات.

المبلغ	من الذي يتحمله؟	العنصر	المبلغ	من الذي يتحمله؟	العنصر
$		الرهن/الرهن الثاني	$		الإيجار
$		قيمة الأرض	اسم المالك:		
$		تقييمات/ضرائب الممتلكات ليست ضمن المصاريف المنزلية	رقم هاتف المالك:		
$		تأمين مالك البيت ليست ضمن المصاريف المنزلية	$		منزل متنقل بناية/مساحة مؤجرة

هل تدفع نظير أجهزة التدفئة أو التبريد؟ □ نعم □ لا

إن كانت الإجابة نعم، ما هي طريقة التدفئة أو التبريد المستخدمة؟ _____

هل يحصل أي شخص على مساعدات من برنامج LIHEAP (برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية)؟ □نعم □لا

10. هل يدفع أي شخص نظير رعاية الطفل أو يدفع نظير رعاية فرد بالغ معاق من أفراد الأسرة؟ □ نعم □ لا

يرجى إرسال جميع الفواتير و/أو الإيصالات نظير _____واستكمال المعلومات الواردة أدناه عن هذا الشهر.

من الذي يعتني به الجليس؟	من الذي يدفع للجليس؟
اسم الجليس:	
التكلفة:	كم مرة؟
إن لم تكن لديك جميع الفواتير/الإيصالات، اطلب من الجليس استكمال هذا القسم:	
توقيع الجليس:	رقم هاتف الجليس:
هل لديك إيصال SC Voucher؟ (المعروف مسبقًا باسم "ABC Child Care Voucher") □ نعم □ لا	

11. بالنسبة لأي شخص يبلغ 60 عامًا أو أكثر أو الذي يستلم مساعدات الإعاقة، يرجى إرسال ما يدل على النفقات الطبية (المتحملة منذ آخر طلب/مراجعة). هل تغيرت النفقات المتحملة (مثل العقاقير الموصوفة طبيًا) بأكثر من 25$؟ □ نعم □ لا إن كانت الإجابة نعم، يرجى إرسال ما يدل على ذلك.

12. هل تدفع دعم الطفل لأي شخص خارج منزلك؟ □ نعم □ لا
بالنسبة لبرنامج SNAP، يشترط وجود أمر قضائي. إن كنت تدفع دعم الطفل وترغب في الحصول على خصم بقيمة هذه النفقات، يرجى إرسال نسخة من الأمر القضائي وما يدل على هذه النفقات التي أنفقتها أثناء آخر 4 أسابيع أو منشور من محكمة الأسرة. إذا لم تقدم الدليل، فلن نتمكن من منحك الخصم.

بالنسبة لبرنامج FI، يرجى إرسال ما يدل على المبالغ التي أنفقتها أثناء آخر 4 أسابيع. إذا لم تقدم الدليل، فلن نتمكن من منحك الخصم.

التحذيرات والعقوبات المتعلقة ببرنامج SNAP

- **يمتنع سداد قيمة المتعلقات غير المؤهلة مثل المشروبات الكحولية أو التبغ باستخدام مساعدات برنامج SNAP.**
- **يمتنع استخدام بطاقة EBT لسداد قيمة الأغذية المحملة على حساب الدائن.**
- **ربما لن يتمكن المخالفين للقواعد الواردة أعلاه من الحصول على مساعدات برنامج SNAP لفترة زمنية تتراوح من عام واحد حتى تصل إلى درجة المنع النهائي وربما يتم فرض غرامة عليهم تصل إلى 250,000$ أو يصدر بحقهم حكم بالسجن يصل إلى 20 عامًا أو يتم الجمع بين العقوبتين. كما يجوز للمحكمة أن تصدر حكمًا بحظر المشاركة في برنامج SNAP لمدة 18 شهرًا على أحد الأفراد.**
- **يمتنع شراء أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات أو بيعها باستخدام مساعدات برنامج SNAP، وفي حال القيام بذلك، لن تحصل على مساعدات برنامج SNAP مرة أخرى.**
- **يمتنع شراء مواد مخدرة غير مشروعة أو بيعها باستخدام مساعدات برنامج SNAP؛ كما يمتنع مبادلة بطاقات المساعدات الإلكترونية (EBT)، وفي حال القيام بذلك، لن تتمكن من الحصول على مساعدات برنامج SNAP لمدة تصل إلى 24 شهرًا للمخالفة الأولى وبصورة دائمة عند المخالفة الثانية.**
- **يمتنع مبادلة بطاقات EBT أو مساعدات برنامج SNAP أو بيعها أو مشاركتها. إذا ارتأت محكمة قانونية أنك مدان ببيع مساعدات بقيمة 500$ أو أكثر، سوف تمنع من المشاركة في البرنامج بصورة دائمة نظير المخالفة الأولى.**
- **يمتنع الحصول على مساعدات برنامج SNAP في أكثر من ولاية واحدة لنفس الشهر. أي شخص يتبين أنه قد قام بتقديم بيان مزور أو تمثيل مزيف للهوية أو الإقامة بهدف الحصول على المساعدات، فسوف يحرم من الحصول على مساعدات برنامج SNAP لمدة تصل إلى 10 أعوام.**
- **عند قيام أي عضو من أسرتك بانتهاك القواعد عن قصد، فقد يحرم من الحصول على مساعدات برنامج SNAP لمدة تصل إلى 12 شهرًا عند المخالفة الأولى و24 شهرًا عند المخالفة الثانية وبصورة دائمة عند المخالفة الثالثة.**

استمارة إعادة المصادقة/إعادة التسوية

تعتبر هذه الاستمارة مقدمة طالما أنها تحتوي على اسم وعنوان وتوقيع مقروء.

- **يرجى الاجابة على جميع الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة. إن لم تكن هناك مساحة كافية في هذه الاستمارة لإجاباتك، يمكنك إرفاق ورقة إضافية.**
- **الاستمارات المستلمة بعد التاريخ المحدد أو التي لا تحتوي على الدليل المطلوب، سيتم اعتبارها متأخرة/غير مستكملة وربما يؤدي هذا إلى تأهير مساعدات برنامج SNAP/FI إلى الشهر التالي.**
- **سيتم النظر إلى الإخفاق في الإبلاغ عن أي نفقات قابلة للخصم أو في التحقق منها على أنه بيان من الأسرة بعدم رغبتها في الحصول على خصم نظير النفقات.**
- **لا تشارك دائرة DSS أرقام (SSNs) أو حالة المواطنة/الهجرة لغير المتقدمين أو الأفراد غير المؤهلين للحصول على المزايا مع وزارة الأمن الوطني بالولايات المتحدة.**
- **سوف تستخدم دائرة DSS أرقام الضمان الاجتماعي SSNs مع نظام ضريبة الدخل الخاصة بالولاية ونظام التحقق من الأهلية وغيره من برامج المطابقة الحاسوبية وعمليات المراجعة الخاصة بالبرنامج. وربما يتم التحقق من صحة هذه المعلومات من خلال مصادر أخرى في حال وجود تناقضات الأمر الذي قد يؤثر على أهلية أسرتك ومستوى المزايا.**
- **هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بكل عضو في الأسرة، معتمدة بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008. وسوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة مدى الالتزام بمعايير البرنامج وإدارته. وعليه يكون تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم SSN لكل عضو في الأسرة أمرًا طوعيًا. ومع ذلك، يؤدي الإخفاق في تقديم رقم SSN إلى رفض تقديم مساعدات برنامج SNAP إلى الفرد الذي أخفق في تقديم رقم SSN الخاص به. سيتم استخدام أرقام SSNs والكشف عنها بنفس الطريقة كما هو الحال مع أرقام SSNs للأعضاء المؤهلين.**
- **لديك الحق في الاستئناف وطلب عقد جلسة استماع عادلة. إن لم توافق على المساعدات التي تحصل عليها من خلالنا أو تم رفض المساعدات الخاصة بك أو إيقافها، يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة. وأثناء جلسات الاستماع العادلة ستكون لديك الفرصة أنت ودائرة DSS لإخبار مسؤول جلسة الاستماع بما حدث في حالتك. ومن ثم يرسل إليك مكتب جلسات الاستماع الإدارية قراره بشأن حالتك.**

لا ينبغي استخدام بطاقة ePAY في أي معاملة إلكترونية في أي من الأماكن التالية:

- **أي متجر لبيع الكحول.**
- **الكازينو أو نادي قمار أو منشأة ألعاب قمار.**
- **منشأة تقدم مواد ترفيهية موجهة للبالغين حيث يقوم المؤدون بخلع ملابسهم أو يكونون في حالة عري بغرض الترفيه.**

مبدأ عدم التمييز

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس وفي بعض الحالات على أساس الدين والمعتقدات السياسية.

كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد عملائها أو موظفيها أو المتقدمين للعمل لديها على أساس العرق أو اللون أو المنشأ القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو هوية النوع أو الدين أو المقابلة بالمثل وفي الحالات السارية المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة العائلية أو الأبوية أو الميول الجنسي أو كامل أو جزء من دخل فرد ناشئ من أي برنامج مساعدة عامة أو معلومات وراثية محمية في التوظيف أو في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تموله الوزارة. (لا يتم تطبيق جميع الأسس المحظورة على جميع البرنامج أو أنشطة التوظيف).

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى برنامج الحقوق المدنية ضد التمييز لدى USDA، يرجى ملء استمارة شكوى التمييز لبرنامج USDA المتوفر على الرابط التالي: **www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html** أو لدى أي من مكاتب USDA أو الاتصال على الرقم 9992-632 (866) لطلب الاستمارة. كما يمكنك إرسال رسالة تحتوي على كافة المعلومات المطلوبة في الاستمارة. ويرجى إرسال استمارة شكواك المستكملة أو رسالتك إلى U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 أو عبر الفاكس على الرقم 7442-690 (202) أو عبر البريد الإلكتروني إلى **program.intake@usda.gov**

ويجوز للأفراد الصم أو الذين يعانون من قصور في السمع أو إعاقة في النطق الاتصال بوزارة USDA عبر الخدمة الفيدرالية لترحيل الاتصالات على الرقم 8339-877 (800) أو الرقم 6136-845 (800) (للناطقين باللغة الإسبانية).

وللحصول على أي معلومات أخرى تتناول مسائل متعلقة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، يتعين الاتصال بالخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة USDA على الرقم 5689-221 (800) المتوفر أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال على أرقام الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر على الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن لكل ولاية) المتوفرة على الإنترنت على العنوان: **www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm**

لرفع شكوى تمييز تتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية عبر وزارة الصحة والخدمات الإنسانية HHS، يرجى مراسلة: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 أو الاتصال على الرقم 0403-619 (202) (صوت) أو (TTY) 7697-537 (800).

وزارة USDA ووزارة HHS مؤسستان تقدمان فرص متكافئة في العمل.

كما يمكنك رفع شكوى تمييز عن طريق الاتصال بدائرة DSS. يرجى إرسال الشكوى إلى العنوان التالي: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520 أو الاتصال على الرقم 7220-311 (800) أو 8080-898 (803) أو TTY: 7219-311 (800).