

3SQUARESVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)! طريقة أسهل لحصول كبار السن والمعاقين في ولاية فيرمونت على 3squaresvt.



يمكنك استخدام هذا الطلب إذا كان كل من يتقدم بالطلب:

- يبلغ 60 عامًا على الأقل أو يحصل على الاستحقاقات الممنوحة في حالات الإعاقة و
- لا يحصل على دخل من وظيفة أو عمل حر و
- يشتري الطعام ويُعد الوجبات معًا.

كيفية التقديم

يمكنك استخدام هذا الطلب للتقدم بطلب الحصول على 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) - وهو برنامج يمكن أن يساعدك على تقديم أطعمة صحية ومغذية على مائدتك. إذا قمت بذلك، فيمكنك أيضًا استخدامه للتقدم بطلب الحصول على برنامج Fuel Assistance.

1. استكمل الصفحات من 1 إلى 4 من الطلب.
2. أجب عن الأسئلة كاملة بصدق. سنتحقق من المعلومات التي تقدمها مع المسؤولين الفيدراليين والحكوميين والمحليين.
3. وقع أسفل صفحة 4.
4. أرسل طلبك إلى: DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1500.

اختياري: احصل على الاستحقاقات بسرعة بذكر اسمك وعنوانك وتوقيعك على الأقل. ستبدأ الاستحقاقات من تاريخ استلام طلبك ما دام يتضمن هذه الأمور.

هل لديك أسئلة؟ هل تحتاج إلى مساعدة فيما يتعلق بالتقديم؟

- اتصل بمركز خدمة الاستحقاقات على الرقم 1-800-479-6151.
- إذا كان عمرك 60 عامًا أو أكثر، فيمكنك أيضًا الاتصال بخط المساعدة على الرقم 1-800-642-5119.
- إذا كانت لديك إعاقة في السمع أو الكلام، فاطلب الرقم 1-1-7 للحصول على خدمة تحويل المكالمات.

إذا كنت بحاجة إلى خدمات الترجمة الفورية...

إذا أنت ترغب خدمات الترجمة الفورية اتصل برقم 1-855-247-3092 (العربية)

(البوسنية) Ako su Vam potrebne usluge tumačenja, pozovite 1-855-247-3092.

(البورمية) အကူအညီလိုအပ်ပါက 1-855-247-3092 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

(الفرنسية) Si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-855-247-3092.

(الكيروندية) Mugihe woba ushaka impfashanyo yo gusigurirwa, hamagara uyu murungu 1-855-247-3092.

(النيبالية) यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गर्नुहोस्।

(الصومالية) Haddii aad u baahan tahay adeegyo turjumaan, wac 1-855-247-3092.

(الإسبانية) Si usted necesita servicios de interpretación, llame al 1-855-247-3092.

(السواحلية) Ikiwa unahitaji huduma za ukalimani, piga simu 1-855-247-3092.

(الفيتنامية) Nếu quý vị cần dịch vụ thông ngôn, hãy gọi 1-855-247-3092.

حقائق مهمة يجب معرفتها

حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

هل لديك حالة جسدية أو عقلية أو تعليمية تجعل من الصعب عليك تنفيذ الأشياء التي نطلب منك تنفيذها؟ إذا كان الأمر كذلك، يمكننا إجراء تغييرات لمساعدتك. ينص قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) وقانون ولاية فيرمونت على أنه يجب علينا إجراء تغييرات حتى يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الحصول على استحقاقات عامة. ويُطلق على هذه التغييرات اسم التعديلات المقبولة. إليك بعض الأمثلة:

- يمكن لشخص ما كتابة إجاباتك في حالة عدم استطاعتك ذلك.
- يمكننا أن نمحك مزيدًا من الوقت أو نساعدك في الحصول على الوثائق التي تحتاج إلى تزويدنا بها.
- يمكنك الاستعانة بشخص داعم معك عندما نتحدث إلينا.
- يمكننا إرسال الوثائق بخط أكبر حتى تتمكن من قراءتها.
- يمكننا أن نلتقي في منزلك أو عبر الهاتف حتى لا تضطر إلى القدوم إلى مكتب المقاطعة.

إذا كنت تحتاج منا إلى إجراء تغيير مثل هذا، فيُرجى الاتصال بنا على 1-800-479-6151.

حالة الهجرة

يمكن فقط للمواطنين الأمريكيين وفئة محددة من غير المواطنين الحصول على الاستحقاقات. إذا كانت أَسْرَتك تضم أشخاصًا غير مؤهلين بسبب حالة الهجرة الخاصة بهم، فلا يزال بإمكانك التقدم بطلب للأفراد المؤهلين. سيتحقق قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) من حالة الهجرة لغير المواطنين الذين يتقدمون بطلب الحصول على الاستحقاقات لدى دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية. لا يتعين عليك تقديم معلومات الهجرة للأشخاص الذين لا يتقدمون بطلب الحصول على استحقاقات، ولكن تحتاج إلى إدراج معلومات أخرى مثل دخلهم ومواردهم.

بيان عدم التمييز في وزارة الزراعة الأمريكية (لا ترسل طلبات التقديم إلى وزارة الزراعة الأمريكية)

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة 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 الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

يمكن توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، برايل، خط كبير، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) التي تقدموا فيها بطلب الحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو يجدون صعوبة في السمع أو يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال الخدمة الفيدرالية لتحويل المكالمات على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى ضد التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى استكمال نموذج AD-3027 وهو نموذج شكوى ضد التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ويمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> أو من أي من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق الاتصال على الرقم 620-1071 (833) أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراءات التمييزية المزعومة بتفاصيل كافية لإعلام مساعد الوزير للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة انتهاك الحقوق المدنية المزعوم وتاريخه. يجب إرسال نموذج AD-3027 أو الخطاب المستكمل إلى:

بالبريد الإلكتروني:
/FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

بالفاكس:
(833) 256-1665

أو
(202) 690-7442؛ أو

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

تقدم هذه المؤسسة فرصًا متكافئة. لا ترسل الطلبات إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA).

تعيين شخص كمُبلغ أو مستفيد بديل

- إذا أردت أن يحصل شخص آخر على نسخ من الإشعارات المتعلقة بطلبك واستحقاقاتك، استكمل نموذج 139AR الصادر عن قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) لتعيينه كـ "مُبلغ بديل".
 - إذا أردت أن يكون لدى شخص آخر حق الوصول إلى استحقاقاتك، فاستكمل نموذج 139AR الصادر عن قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) لتعيينه كـ "مستفيد بديل".
- للحصول على نموذج، اتصل بالرقم 1-800-479-6151 أو تفضل بزيارة <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>.

اقرأ هذه المعلومات المهمة. واحتفظ بهذه الصفحة في سجلاتك.

طلب الحصول على برنامج 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)



3SNP 202
2022/10 روجع في

اكتب بخط واضح وأجب عن الأسئلة كاملة بصدق. شكرًا لك!

التقدم بطلب الحصول على: 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) □ 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و Fuel Assistance □

1. أخبرنا عن نفسك، مقدم الطلب.

الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)	تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف الذي يمكننا من خلاله الاتصال بك () -
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف الذي يمكننا من خلاله الاتصال بك () -
العنوان البريدي (عنوان الشارع أو صندوق البريد والمدينة والولاية والرمز البريدي)	
العنوان الفعلي (إذا كان مختلفًا عن العنوان البريدي)	
الجنس: ذكر □ أنثى □	هل أنت معاق؟ نعم □ لا □
هل أنت مواطن أمريكي؟ نعم □ لا □	
الأسئلة أدناه اختيارية. لن تؤثر الإجابة في أهليتك أو استحقاقاتك.	
العرق (حدّد كل ما ينطبق): □ الهنود الأمريكيون/سكان الأسكا الأصليين □ آسيوي □ أسود/ أمريكي من أصل إفريقي □ أبيض □ من سكان هاواي الأصليين/ من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين □ غير ذلك	الأصل العرقي (حدّد خيارًا واحدًا): □ من أصل إسباني/ لاتيني □ ليس من أصل إسباني/ لاتيني

2. لنر الآن ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الاستحقاقات في غضون 7 أيام. ويُطلق عليها اسم الخدمة

السريعة. أجب عن الأسئلة أدناه لكل فرد يتقدم بطلب الحصول على 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

هل حصل أي شخص على استحقاقات طعام هذا الشهر في أي ولاية؟	نعم □ لا □
هل يوجد أي شخص مهاجر أو عامل موسمي في مزرعة؟	نعم □ لا □
ما إجمالي دخل الجميع (قبل استقطاع الخصومات) هذا الشهر؟	بالدولار الأمريكي
ما مقدار الأموال النقدية التي في حوزة الجميع وأي حسابات بنكية؟	بالدولار الأمريكي
ما قيمة الإيجار الشهري أو مدفوعات الرهن العقاري؟	بالدولار الأمريكي
ما قيمة المرافق الشهرية (التدفئة وتكييف الهواء والماء الساخن والطبخ والإضاءة)؟	بالدولار الأمريكي

3. منذ 22 سبتمبر 1996، هل تقدّم أي شخص بطلب للحصول على استحقاقات طعام:

أدين بمقايسة استحقاقات الطعام بمخدرات أو أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات؟	نعم □ لا □
أدين بشراء استحقاقات الطعام أو بيعها؟	نعم □ لا □
أدين بتكرار حصوله على استحقاقات الطعام عن طريق الاحتيال في أي ولاية؟	نعم □ لا □
هرب من الملاحقة القضائية أو انتهك إطلاق سراحه المشروط أو وضعه تحت المراقبة لارتكاب جريمة؟	نعم □ لا □

4. هل يعيش أي شخص آخر في منزلك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه. استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الاسم بالكامل (الأول، الأحرف الأولى من الاسم الأوسط، العائلة)
يشترى الطعام ويُعدّ الوجبات معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	معاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الاسم بالكامل (الأول، الأحرف الأولى من الاسم الأوسط، العائلة)
يشترى الطعام ويُعدّ الوجبات معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	معاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الاسم بالكامل (الأول، الأحرف الأولى من الاسم الأوسط، العائلة)
يشترى الطعام ويُعدّ الوجبات معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	معاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

أجب عن الأسئلة من 5 إلى 7 عن نفسك وكل من تشتري معه الطعام وتُعدّ معه الوجبات.

5. هل يمتلك أي شخص أصول؟ نعم لا

قد يشمل ذلك السيارات والحسابات البنكية والنقود والممتلكات وغيرها من الأصول. استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

قيمة الأصل	من مالكة؟	نوع الأصل
بالدولار الأمريكي		
بالدولار الأمريكي		
بالدولار الأمريكي		

6. هل يدفع أي شخص نفقة دعم الأطفال بأمر من المحكمة؟ نعم لا

المبلغ المدفوع؛ بالدولار الأمريكي _____ كل _____ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن يدفع؟ _____

7. أ. هل يدفع أي شخص أكثر من 35 دولارًا أمريكيًا في الشهر كنفقات طبية؟ نعم لا

يشمل هذا تكاليف مثل المدفوعات المشتركة والوصفات الطبية والعناية بالأسنان وأقساط التأمين الصحي.

ب. إذا أجبت بنعم أعلاه، فهل النفقات تزيد عن 151 دولارًا أمريكيًا في الشهر؟ نعم لا

أجب عن الأسئلة من 8 إلى 11 لكل فرد في الأسرة بمن فيهم أنت.

8. هل لدى أي أحد دخل؟ نعم لا

الانصيبي/ المراهنة واستحقاقات التقاعد واستحقاقات دخل الضمان الاجتماعي الإضافي (SSI)/ التأمين ضد الإعاقة في الضمان الاجتماعي (AABD) واستحقاقات قدامى المحاربين. استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	نوع الدخل	المبلغ الإجمالي وعدد المرات	هل بسبب الإعاقة؟
		بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

9. هل تستأجر منزلك أو غرفة في منزل شخص آخر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

مَن يدفع الإيجار؟	كم المبلغ المدفوع؟	ما المدفوعات المُتضمَّنة في الإيجار؟
	بالدولار الأمريكي كل	<input type="checkbox"/> غرفة فقط <input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> المرافق <input type="checkbox"/> الوجبات

10. هل تمتلك منزلك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

نوع المدفوعات	مَن يدفع؟	كم المبلغ المدفوع؟	كم عدد المرات؟
الرهن العقاري فقط		أصل الدين بالدولار الأمريكي	الفائدة بالدولار الأمريكي
قرض بضمان المنزل		أصل الدين بالدولار الأمريكي	الفائدة بالدولار الأمريكي
تأمين (مسكن فقط)		بالدولار الأمريكي	
إيجار قطعة أرض		بالدولار الأمريكي	
رسوم ملكية مشتركة		بالدولار الأمريكي	
الضريبة السنوية على الممتلكات			مَن يدفع؟
إجمالي الضريبة بالدولار الأمريكي		المدفوعات الحكومية بالدولار الأمريكي	صافي الضريبة المستحقة بالدولار الأمريكي

11. هل تدفع مقابل المرافق؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

مَن يدفع مقابل المرافق؟	حدد كل ما ينطبق
	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> الماء الساخن <input type="checkbox"/> الطبخ <input type="checkbox"/> الإضاءة <input type="checkbox"/> تكييف الهواء <input type="checkbox"/> الهاتف
	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> الماء الساخن <input type="checkbox"/> الطبخ <input type="checkbox"/> الإضاءة <input type="checkbox"/> تكييف الهواء <input type="checkbox"/> الهاتف
	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> الماء الساخن <input type="checkbox"/> الطبخ <input type="checkbox"/> الإضاءة <input type="checkbox"/> تكييف الهواء <input type="checkbox"/> الهاتف



FUEL ASSISTANCE

إذا كنت ترغب أيضًا في التقدم بطلب للحصول على Fuel Assistance:

☺ فأجب عن الأسئلة من 12 إلى 15

☺ وحدّد مربع "3SquaresVT" في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و "Fuel Assistance" أعلى الصفحة الأولى.

12. اذكر تفاصيل الوقود الذي تستخدمه وتفاصيل منزلك.

نوع الوقود الأساسي المستخدم لتدفئة المنزل (حدّد خيارًا واحدًا)	عدد غرف النوم
<input type="checkbox"/> الفحم <input type="checkbox"/> الكهرباء <input type="checkbox"/> الكيروسين <input type="checkbox"/> الغاز الطبيعي <input type="checkbox"/> النفط <input type="checkbox"/> كريات الوقود <input type="checkbox"/> غاز البروبان <input type="checkbox"/> الخشب <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	# _____
تفاصيل حول مسكنك	المساعدة الإيجارية، إن وجدت
<input type="checkbox"/> شقة <input type="checkbox"/> منزل متنقل <input type="checkbox"/> منزل لأسرة واحدة <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	<input type="checkbox"/> القسم 8 <input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> غير ذلك _____

13. هل تدفع ثمن الوقود أو الكهرباء مباشرة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

الوقود:	الاسم الموجود على الحساب	رقم الحساب
اسم المورد وعنوانه		رقم الهاتف الخاص بالمورد
الكهرباء:	اسم مقدم الخدمة	الاسم الموجود على الحساب
		رقم الحساب

14. هل يعيش معك أي شخص لتقديم الرعاية أو الخدمات؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

الاسم الأول، الأحرف الأولى	نوع الرعاية:	<input type="checkbox"/> رعاية شخصية ضرورية من الناحية الطبية <input type="checkbox"/> خدمات التدبير المنزلي / تقديم الرعاية أو خدمات المرافقة
----------------------------	--------------	---

15. هل يحصل أي أحد على دخل من وظيفة أو عمل حر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل أدناه.

الاسم الأول، الأحرف الأولى	نوع الدخل	الدخل
	<input type="checkbox"/> وظيفة <input type="checkbox"/> عمل حر	بالدولار الأمريكي كل
	<input type="checkbox"/> وظيفة <input type="checkbox"/> عمل حر	بالدولار الأمريكي كل
	<input type="checkbox"/> وظيفة <input type="checkbox"/> عمل حر	بالدولار الأمريكي كل

تسجيل المصوّت: إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في الحصول على طلب تسجيل مصوّت؟ نعم لا

إذا لم تحدد أيًا من المربعين، سنفهم أنك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي. لن يؤثر التقدّم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت في أهليتك للحصول على الاستحقاقات أو المبلغ الذي يمنحه لك قسم الخدمات الاقتصادية (ESD). إذا رغبت في المساعدة في استكمال نموذج طلب تسجيل المصوّت، فسنساعدك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو قرارك. قيمتك استكمال نموذج الطلب بمفردك. إذا اعتقدت أن شخصًا ما قد تدخل في حقل في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت أو حقلك في خصوصية تقرير إذا كنت تريد التسجيل أم لا أو التقدّم للتسجيل للتصويت أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى مكتب وزير الخارجية على العنوان 128 State Street, Montpelier, VT 05633-1101 أو الاتصال بالرقم 1-802-828-2363 أو 1-800-439-8683 (الرقم المجاني).

التمثيل والمساعدة

للحصول على النموذج المدرج أدناه، اتصل بالرقم 1-800-479-6151 أو تفضل بزيارة <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>

هل تريد أن يمثلك شخص في هذا الطلب؟ من شأن هذا أن يسمح له بالتوقيع على هذا الطلب والتصرف نيابة عنك في الأمور ذات الصلة. إذا كانت الإجابة بنعم، فاستكمل النموذج 139REP الصادر عن لقسم الخدمات الاقتصادية (ESD) وقدم الإثبات المطلوب (على سبيل المثال، التوكيل الرسمي أو أمر المحكمة).
 نعم لا

هل تريد منا مشاركة المعلومات حول طلبك واستحقاقاتك مع شخص ساعدك في استكمال هذا الطلب؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر معلومات الاتصال الخاصة به أدناه:
 نعم لا
الاسم/ الوكالة: _____ رقم الهاتف: _____

وَقّع أدناه

ستعاد الطلبات غير الموقعة لتوقيعها.

بالتوقيع أدناه، أشهد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور أن المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية والوضع الأجنبي لأفراد الأسرة المتقدمين للحصول على الاستحقاقات، صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي.



التاريخ

توقيع مقدم الطلب/ الممثل المفوض

حقوقك ومسؤولياتك

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في فهمها أو ترغب في الحصول على نسخة (مطبوعة بخط أكبر) أو ترغب في الحصول على نسخة من هذا الطلب، فاتصل بالرقم 1-800-479-6151.

1. لديك الحق في جلسة استماع عادلة إذا كنت لا توافق على قرار بشأن الاستحقاقات. قد يتم عرض قضيتك بواسطة أو بواسطة ممثل (على سبيل المثال، محامٍ أو قريب أو صديق). لطلب نسخة:
 - اتصل بقسم الخدمات الاقتصادية (ESD) على الرقم 1-800-479-6151.
 - رايسل ESD Deputy Commissioner, HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1020
 - رايسل Human Services Board, 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VT 05633-4302
2. لديك الحق في الحصول على قرار سريع. وما لم تكن سبب التأخير أو كان السبب طبيًا أو حالة طوارئ غير متوقعة أو مشكلة إدارية خارجة عن نطاق سيطرة قسم الخدمات الاقتصادية (ESD)، يمكنك توقع صدور قرار في غضون 30 يومًا من تقديم طلبك.
3. لديك حق الخصوصية والسرية. لن يشارك قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) معلوماتك ما لم تكن مرتبطة بإدارة البرنامج أو مسموحًا بها بموجب القانون أو بأمر من المحكمة أو مصرحًا بها من قبلك.
4. ستكون مسؤولاً عن الإبلاغ عن التغييرات:
 - تحدّث عن التغييرات.
 - Fuel Assistance: أوافق على الإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على المكان الذي أعيش فيه والأشخاص الذين يعيشون معي وطريقة تدفئة منزلي ومَن يمدني بالوقود وزيادة الدخل أو نقصه من أي مصدر في غضون 10 أيام من وقت حدوثها.
 - 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP): أوافق على الإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على الأشخاص الذين يعيشون معي، أو إذا حصل أي شخص على وظيفة أو بدأ عملاً حرًا في غضون 10 أيام من الشهر الذي حدث فيه التغيير.
5. يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل شخص يتقدم بطلب. يشترط القانون الفيدرالي هذا كشرط للأهلية (الباب 42 من قانون الولايات المتحدة، الفقرة 1320ب7-). قد تتخلى بعض البرامج عن هذا الشرط لأعضاء المؤسسات الدينية الذين يعترضون على تقديم أرقام الضمان الاجتماعي. يستخدم قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) لتنفيذ دفع مستحقات دعم الأطفال ومنع الأفراد من تكرار الحصول على الاستحقاقات والتحقق من دقة المعلومات المقدمة وموثوقيتها وغير ذلك.
6. يجب إبلاغ قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) على الفور إذا كان أي فرد من أفراد أسرته:
 - قد تكرر حصوله على استحقاقات الطعام من ولاية أخرى أو
 - قد أُدين في السنوات العشر الماضية بالكذب بشأن المكان الذي يعيش فيه للحصول على استحقاقات من أكثر من ولاية.
7. يجب أن تتعاون مع قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) إذا تم اختيار طلبك لمراجعته من قبل مراقبة الجودة. يتضمن ذلك تقديم دليل على المعلومات المطلوبة أو السماح لنا بالحصول عليه إذا لم تتمكن من ذلك.
8. يجب أن تصرح لمفوض الضرائب في ولاية فيرمونت بالإفصاح عن المعلومات من إقرارات ضريبة الدخل الخاصة بالولاية إلى مفوض إدارة شؤون الطفل والأسرة أو من ينوب عنه. (الباب 33 من قوانين فيرمونت المشروطة، الفقرة 112 (ج)).
9. إذا حصلت على 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، فسيتم إرسال أسماء أطفالك إلى وكالة التعليم للتصديق على أهليتهم للحصول على وجبات مدرسية مجانية. إذا كنت لا تريد من قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) فعل ذلك، فاتصل بالرقم 1-800-479-6151 على الفور. يمكنك تغيير رأيك لاحقًا واستكمال الطلب في المدرسة.
10. يجب ألا تكذب أو تخفي معلومات للحصول على استحقاقات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرته. فمن الاحتيال تقديم معلومات خاطئة أو مضللة عن عمد للحصول على استحقاقات الطعام أو الوقود أو محاولة الحصول عليها أو مساعدة شخص آخر في الحصول عليها.

11. ستكون مسؤولاً عن دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب. ستتحقق من المعلومات المقدمة من مصادر مختلفة.

بما في ذلك المسؤولين الفيدراليين والحكوميين والمحليين. ويتضمن هذا معلومات حول زوجتك أو شريكة الاقتران المدني والأطفال وأفراد الأسرة الآخرين. تصرح لقسم الخدمات الاقتصادية (ESD) بالاتصال بصاحب العمل (أصحاب العمل) للتحقق من معلومات التوظيف والدخل لغرض تحديد أهلية أسرته للحصول على الاستحقاقات. إذا كنت لا تريد أن يتصل قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) بصاحب العمل (أصحاب العمل)، فيتعين عليك الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الفور على الرقم 1-800-479-6151. سيتم طلب المعلومات المتوفرة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS) واستخدامها ويمكن التحقق منها من خلال الأشخاص الذين لديهم علاقة غير مباشرة بك عندما يجد قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) بيانات متناقضة. إذا كانت المعلومات التي تقدمها غير دقيقة، فقد تُخفّض الاستحقاقات وقد يُطلب منك إعادة سدادها وقد تُحرم منها وقد تخضع لجلسة استماع إدارية بشأن فقدان الأهلية والمحاكمة الجنائية.

12. يجب ألا تسيء استخدام استحقاقات الطعام الخاصة بك بأي من الطرق الآتية لأنها تُعدّ تجارة غير مشروعة:

- بيع استحقاقات الطعام الخاصة بك.
- استبدال استحقاقات الطعام الخاصة بك في مقابل مواد غير غذائية أو كحول أو منتجات التبغ أو عقاقير غير قانونية أو أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات أو استخدم استحقاقات الطعام الخاصة بك لشرائها.
- السماح لأي شخص باستخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) الخاصة بك في غرض غير شراء الطعام لأسرتك.
- استخدام بطاقة (بطاقات) التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) الخاصة بشخص آخر أو حيازتك لها ما لم تكن تشتري طعاماً لأسرتك.
- استخدام استحقاقات الطعام الخاصة بك لسداد حساب الطعام الذي اشترته على الحساب، حتى إذا دفعت ثمن الطعام فقط.

13. قد يتم التحقيق معك أو مع أي شخص بالغ في المنزل بتهمة الاحتيال أو الاتجار غير المشروع أو كليهما ويمكن أن

تخضع لجلسة استماع إدارية بشأن فقدان الأهلية و/ أو المحاكمة الجنائية. إذا تمت إدانتك أنت أو أي شخص بالغ في المنزل بارتكاب جريمة الاحتيال من خلال 3SquaresVT في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو Fuel Assistance في المحكمة، فقد تصل العقوبة إلى السجن ثلاث سنوات وغرامة تصل إلى 1000 دولار أمريكي. من الممكن أيضًا أن تُعزّم ما يصل إلى 250 ألف دولار أمريكي أو السجن مدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما، إذا ثبتت إدانتك بارتكاب جريمة الاتجار غير المشروع من خلال 3SquaresVT في المحكمة. إذا تمت إدانتك أنت أو أي شخص بالغ في الأسرة بارتكاب جريمة الاحتيال أو الاتجار غير المشروع من خلال 3SquaresVT، من قبل هيئة إدارية أو محكمة، ستمنع من الحصول على 3SquaresVT لسنة واحدة في الجريمة الأولى ولستين في المرة الثانية وبصورة دائمة في المرة الثالثة. إذا تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بالتداول في مقابل العقاقير غير المشروعة أو شرائها باستخدام 3SquaresVT، فسيكون المنع لستين في الجريمة الأولى وبصورة دائمة في الجريمة الثانية. إذا حصلت على استحقاقات الطعام من ولايتين في الوقت ذاته، فسيكون المنع لمدة 10 سنوات. إذا تمت إدانتك أنت أو أي شخص بالغ في الأسرة بأي حالة اتجار غير مشروع تتجاوز 500 دولار أمريكي أو تداول أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات في مقابل 3SquaresVT، فسيكون المنع دائمًا. وفقًا لقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 والباب 7 من قانون اللوائح الفيدرالية، الفقرة 273.16ب والباب 42 من قانون الولايات المتحدة، الفقرتين 71320أ-ب والباب 33 من قوانين فيرمونت المشروطة، الفقرات 141، 143، قد تُطبّق أيضًا هذه العقوبات الفيدرالية والحكومية وغيرها.

14. يجب أن توافق على خدمات التجوية المجانية إذا حصلت على Fuel Assistance.

بالإضافة إلى ذلك، يجب عليك أيضًا إعطاء الإذن بما يأتي:

- شركة أو شركات الطاقة الخاصة بك لتزويد قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) ببيانات حول استهلاكك السنوي للطاقة والتكلفة السنوية والاستخدام السنوي ورسوم المرافق السنوية وسجل الدفع السنوي ومعلومات الحساب الأخرى.
- قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) للحصول على هذه البيانات ومشاركتها.