

طلب الحصول على الاستحقاقات



Essential Person

مساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الرعاية الأساسية والمعيشية في المنزل.



Fuel Assistance

مساعدة الأشخاص على تدفئة منازلهم.



Reach Up

توفير الدعم للأسر التي لديها أطفال.



3SquaresVT

مساعدة الأشخاص على شراء الطعام.

طلب واحد.

يلزم تقديم طلب واحد فقط للتقدم لأي من البرامج الموضحة أعلاه: 3SquaresVT، و Reach Up، و Fuel Assistance، و Essential Person. تقدم بطلب للحصول على برنامج أو أكثر في الطلب ذاته!

ثلاث طرق سهلة للتقدم بالطلب.

- عبر الإنترنت:** تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov وقدم الطلب. وهذه أسرع طريقة لنا لاستلام طلبك.
- بالبريد:** أرسل هذا الطلب المستكمل بالبريد على العنوان الموجود في الصفحة التالية (رقم 4). يمكنك الحصول على نماذج الطلبات الإضافية من أي مكتب بالمقاطعة، أو يمكنك الاتصال على الرقم **1-800-479-6151** لإرسال طلب إليك عبر البريد.
- بصفة شخصية:** تقدم بالطلب بصفة شخصية في أحد مكاتبنا الاثني عشر بالمقاطعة. لمعرفة المكتب الأقرب إليك، اتصل على الرقم **1-800-479-6151** أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov.

هل لديك أي أسئلة؟ يمكننا المساعدة!

- اتصل على:** **1-800-479-6151** **السيناريوهات:** إذا كان عمرك 60 عامًا أو أكثر، فيمكنك أيضًا الاتصال بخط مساعدة كبار السن في فيرمونت على الرقم **1-800-479-6151**.
- تفضل بزيارة:** لدينا 12 مكتبًا في المقاطعة. لمعرفة المكتب الأقرب إليك، اتصل على الرقم **1-800-479-6151** أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov.
- خدمة الهاتف النصي/ تحويل المكالمات:** إذا كنت من الصم أو ضعاف السمع، أو تعاني صعوبة في الكلام، فاتصل على **1-800-479-6151** 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)
 Ako su Vam potrebne usluge tumačenja, pozovite 1-855-247-3092. (البوسنية)
 Si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-855-247-3092. (الفرنسية)
 Mugihe woba ushaka impfashanyo yo gusigurirwa, hamagara uyu murungo 1-855-247-3092. (الكيروندية)
 यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गनुहोस्। (النيبالية)
 Haddii aad u baahan tahay adeegyo turjumaan, wac 1-855-247-3092. (الصومالية)
 Si usted necesita servicios de interpretación, llame al 1-855-247-3092. (الإسبانية)
 Ikiwa unahitaji huduma za ukalimani, piga simu 1-855-247-3092. (السواحلية)
 Nếu quý vị cần dịch vụ thông ngôn, hãy gọi 1-855-247-3092. (الفيتنامية)

أبلغنا إذا كنت تريد الحصول على نسخة من طلبك

اقرأ هذه الصفحة واحتفظ بها في سجلاتك.

حقائق ينبغي معرفتها

اختياري. للحصول على الاستحقاقات بسرعة، أرسل الصفحتين 1-2 من هذا الطلب. يجب أن يتضمن اسمك وعنوانك وتوقيعك على الأقل. استكمل باقي الطلب وأرسله في أقرب وقت ممكن بعد ذلك.

استحقاقات 3SQUARESVT. سيتم تقسيم الاستحقاقات بالتناسب من تاريخ استلامنا لطلبك ما دام يحتوي على اسمك وعنوانك وتوقيعك على الأقل.

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA). إذا كنت تعاني من حالة جسدية أو عقلية تحول بشكل كبير دون ممارسة أنشطة حياتك الرئيسية (مثل الحركة أو الرؤية أو التفكير)، فقد يحق لك الحصول على تسهيلات معقولة لمساعدتك على المشاركة في برامج قسم الخدمات الاقتصادية. اتصل على الرقم 1-800-479-6151.

أرقام الضمان الاجتماعي (SSN). عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يتقدم للحصول على الاستحقاقات. لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين لا يتقدمون بطلب، ولكنك تحتاج إلى تقديم معلومات عنهم مثل دخلهم ومواردهم. للحصول على مساعدة بشأن الحصول على رقم الضمان الاجتماعي، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة socialsecurity.gov. يمكن لمستخدمي الاتصال النصي الاتصال على الرقم 1-800-325-0778.

المهاجرون. يمكن فقط للمواطنين الأمريكيين وفئة محددة من غير المواطنين الحصول على الاستحقاقات. إذا كانت أسرته تضم أشخاصاً غير مؤهلين بسبب حالة الهجرة الخاصة بهم، فلا يزال بإمكانك التقدم بطلب للأفراد المؤهلين. لا يتعين عليك تقديم معلومات الهجرة عن الأشخاص الذين لا يتقدمون بطلب، ولكنك تحتاج إلى تقديم معلومات عنهم مثل دخلهم ومواردهم. يمكن أن يؤثر الحصول على استحقاقات قسم الخدمات الاقتصادية على كفيل المهاجر أو حالة الهجرة. قبل التقدم بالطلب، اتصل على خدمة المساعدة القانونية بفيرمونت على الرقم 1-800-889-2047 إذا كانت لديك أسئلة.

موارد إضافية

دعم الطاقة: إذا كنت من مستخدمي Green Mountain Power أو Vermont Gas، فقد تكون مؤهلاً للحصول على خصم. تفضل بزيارة energyhelp.vt.gov أو الاتصال على 1-800-775-0516 لمعرفة المزيد.

المساعدات الأخرى: تفضل بزيارة dcf.vermont.gov/esd أو اتصل على الرقم 1-800-479-6151 للتعرف على الاستحقاقات الأخرى المتاحة من خلال قسم الخدمات الاقتصادية، بما في ذلك دعم الطوارئ/المساعدات العامة.

التغطية الصحية: للتعرف على تغطية الرعاية الصحية المتاحة وكيفية التقدم بطلب الحصول عليها، اتصل بجهة الاتصال التابعة للخدمات الصحية بفيرمونت على الرقم 1-855-899-9600 أو تفضل بزيارة dvha.vermont.gov/apply.

خدمة الاتصالات اللاسلكية لبرنامج LIFELINE: للحصول على المساعدة فيما يتعلق ببرنامج Lifeline الفيدرالي، يرجى الاتصال برقم هاتف دعم المستهلك USAC Lifeline على الرقم 1-800-234-9473 أو زيارة <https://www.lifelinesupport.org>.

مساعدة إضافية: تفضل بزيارة vermont211.org أو اتصل على الرقم 1-211 مجاناً من أي مكان في فيرمونت للتعرف على مئات الموارد الأخرى على مستوى المجتمع والولاية.

عملية التقديم خطوة بخطوة

1. استكمل الطلب. أجب عن الأسئلة كاملة بصدق.

سيتحقق قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) من المعلومات التي تقدمها مع مصادر أخرى، من بينها الوكالات الفيدرالية والمحلية والوكالات على مستوى الولاية.

2. وقّع على الطلب.

قبل التوقيع، احرص على قراءة الحقوق والمسؤوليات الموضحة في الصفحات 17-18 وفهمها.

3. أرفق أي مستندات ضرورية.

تطلب منك بعض الأسئلة إرفاق مستندات إضافية. يرجى إرسال نسخ من المستندات الشخصية. فالنسخ الأصلية قد لا يتم إرجاعها.

4. أرسل طلبك المستكمل والموقّع.

بصفة شخصية: قم بتسليم طلبك المستكمل في أحد مكاتبنا الاثنى عشر. لمعرفة المكتب الأقرب إليك، اتصل على الرقم 1-800-479-6151 أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov.

بالبريد: أرسل طلبك المستكمل على العنوان:

DCF - Economic Services Division
Application and Document Processing Center
State Drive 280
Waterbury, VT 05671-1500

5. اشترك في إجراء المقابلة، إذا لزم الأمر.

إذا تقدمت بطلب للاشتراك في برنامج 3SquaresVT أو Reach Up، فسيتم تعيين عليك إجراء مقابلة عبر الهاتف أو بصفة شخصية - قبل أن تتمكن من اتخاذ قرار بشأن مدى أهليتك. سنبلغك بإجراءات المقابلة بعد الانتهاء من تقديمك بالطلب.

6. أرسل أي مستندات إضافية مطلوبة.

بعد تقديم طلبك، قد نطلب منك تقديم المزيد من المستندات (مثل رخصة القيادة، وبطاقة الهوية، ومستندات الهجرة، وقسائم الدفع، والفواتير، والنماذج، وغيرها) للتحقق من معلومات معينة. يرجى إرسال نسخ من المستندات الشخصية. فالنسخ الأصلية قد لا يتم إرجاعها.



طلب الحصول على الاستحقاقات

يرجى الكتابة بخط واضح والإجابة عن الأسئلة كاملة بصدق. شكرًا لك!

202 روجع في 11/2022

1. أخبرنا عن نفسك بصفتك الشخص مقدم الطلب.

تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)		
المدينة التي تعيش فيها	رقم الهاتف للاتصال عليك () -	رقم الضمان الاجتماعي	
رقم الشقة أو الجناح	عنوان المراسلة، السطر 1		
عنوان المراسلة، السطر 2 (إن أمكن، اذكر "شخص تحت رعاية" هنا)			
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
رقم الشقة أو الجناح	العنوان الفعلي أو عنوان المنزل <input type="checkbox"/> تحقق أنه عنوان المراسلة ذاته <input type="checkbox"/> تحقق إذا كان بلا مأوى		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
اللغة المفضلة			عنوان البريد الإلكتروني

2. ما البرامج التي تتقدم بطلب الحصول عليها؟

قم بإلغاء تحديد كل برنامج تتقدم بطلب الحصول عليه (يمكنك التقدم بطلب الحصول على أكثر من برنامج).

Essential Person

مساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الرعاية الأساسية والمعيشية في المنزل



Fuel Assistance

مساعدة الأشخاص على تدفئة منازلهم



Reach Up

توفير الدعم للأسر التي لديها أطفال.



3SquaresVT

مساعدة الأشخاص على شراء الطعام.



عند استكمال هذا الطلب، ابحث عن الرموز أعلاه. ما عليك سوى الإجابة عن الأسئلة التي توضح رموز البرامج التي تتقدم بطلب الحصول عليها. إذا لم تكن متأكدًا من البرامج التي تريدها، يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة.

3. هل أنت مهتم بهذه الخدمات الإضافية؟

WIC: إذا كان لديك طفل دون سن الخامسة، أو امرأة حامل أو مريض، قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية فيما يتعلق بالغذاء والفحص الصحي والتثقيف الغذائي. إن كان الأمر كذلك، فهل تريد أن يتصل بك أحد من برنامج WIC؟ نعم لا

لمعرفة المزيد حول برنامج WIC، يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم المجاني 1-800-464-4343.

تسجيل المصوّت: إذا لم تكن مسجلًا للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في الحصول على طلب تسجيل مصوّت؟ إذا لم تحدد أيًا من المربعين، سيفهم من ذلك أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي. نعم لا

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. فيمكنك استكمال نموذج الطلب بمفردك. إذا اعتقدت أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت أو حقلك في خصوصية تقرير إذا كنت تريد التسجيل أم لا أو التقدم 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).

ICAN: هل يوجد أي شخص في الأسرة يهتم بالحصول على وظيفة أو الترقية إلى وظيفة أفضل؟ نعم لا

وقع هنا. لن يتم التعامل مع الطلبات غير الموقعة. بل سيتم إرجاعها.

أصرح تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي، بما في ذلك المعلومات الخاصة بالجنسية والوضع الأجنبي. لقد قرأت وفهمت حقوقي ومسؤولياتي في الصفحتين 17 و18، وأوافق عليها.

التاريخ _____

توقيع مقدم الطلب أو المندوب عنه (انظر صفحة 15 للتعريف)

الإجابة عن: **4. التاريخ الجنائي.** أطلعنا على التاريخ الجنائي لأفراد أسرته.

تُرجى الإجابة عن هذه الأسئلة بشأن الإدانات التي حدثت في أي ولاية.



هل سبقت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرته بجناية حيازة مخدرات من بعد 22 أغسطس 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل تُعد أنت أو أي فرد من أفراد أسرته مجرمًا هاربًا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل تخضع أنت أو أي فرد من أفراد أسرته للمراقبة أو الإفراج المشروط؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل سبقت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرته باستغلال برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في التجارة من بعد 22 أغسطس 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل سبقت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرته بشراء أو بيع استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) التي تزيد على 500 دولار في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل سبقت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرته بتكرار تلقي استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) عن طريق الاحتيال في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟
هل سبقت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرته بمقايسة استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بأسلحة أو ذخيرة أو متفجرات بعد 22 سبتمبر 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فَمَن هو؟

5. الحصول على استحقاقات 3SquaresVT بصورة أسرع.



قد تكون مؤهلاً للحصول على استحقاقات 3SquaresVT في غضون 7 أيام إذا:

- كان دخل أسرته أقل من 150 دولارًا أمريكيًا كإجمالي دخل شهري وأقل من 100 دولار أمريكي في الموارد السائلة (أي النقد الذي في حوزة الشخص أو في البنك)؛ أو
- كانت أسرته تضم عاملاً زراعيًا مهاجرًا أو موسميًا ولا تتلقى الأسرة سوى القليل جدًا من الدخل بين الحين والآخر أو لا تحصل على دخل على الإطلاق، ولديها أقل من 100 دولار من الموارد السائلة؛ أو
- كان إجمالي الدخل والموارد الشهرية المجمعة لأسرته أقل من الإيجار الشهري أو الرهن العقاري للأسرة، إلى جانب المرافق.

إذا كنت ترى أنك قد تكون مؤهلاً للحصول على الاستحقاقات بشكل أسرع، فأجب عن الأسئلة أدناه حول أفراد أسرته بأبكر قدر ممكن من الدقة.

هل حصل أي فرد من أفراد أسرته على استحقاقات غذائية (برنامج SNAP، 3SquaresVT) هذا الشهر في أي ولاية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي ولاية كان ذلك؟	
هل هناك أي فرد من أفراد أسرته مهاجر أو عامل موسمي يعمل في مزرعة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ما إجمالي دخل أسرته (قبل استقطاع الخصومات) هذا الشهر؟	بالدولار الأمريكي
ما مقدار الأموال المتوافرة لدى أسرته نقدًا وفي أي حسابات بنكية؟	بالدولار الأمريكي
ما قيمة الإيجار الشهري أو مدفوعات الرهن العقاري؟	بالدولار الأمريكي
ما تكاليف المرافق الشهرية لديك (التدفئة وتكييف الهواء والماء الساخن والطبخ والإضاءة)؟	بالدولار الأمريكي

الإجابة عن:

6. أخبرنا عن كل شخص يعيش في منزلك.

اذكر كل فرد في الأسرة، حتى إذا لم يتقدم بطلب للحصول على استحقاقات. اذكر بياناتك أولاً. ستكون رب الأسرة. إذا كنت بحاجة إلى ذكر مزيد من الأشخاص، فاحصل على ورقة فارغة وأجب عن الأسئلة التالية لكل شخص. اذكر اسمك ورقم الضمان الاجتماعي (SSN) في الجزء العلوي من أية صفحات إضافية.



الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)		التقدم بطلب الحصول على: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> لا شيء		المواطنة: <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> طالب لجوء <input type="checkbox"/> أجنبي مقيم بصفة قانونية <input type="checkbox"/> غير ذلك		الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> اتحاد مدني <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> لم يسبق له الزواج/ أعزب <input type="checkbox"/> مطلق/ مخلوع <input type="checkbox"/> أرمل	
تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة)		رقم الضمان الاجتماعي		العلاقة بك نفسه		آخر درجة علمية حصلت عليها	
السؤال الآتي اختياري. لن يؤثر في الأهلية أو مستوى الاستحقاقات. وإنما يتم طرحه فقط للتأكد من توزيع استحقاقات البرنامج بغض النظر عن الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي.							
الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> لا هسباني ولا لاتيني		العرق: <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي		<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين			
أسرة							
تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة)		رقم الضمان الاجتماعي		العلاقة بك نفسه		آخر درجة علمية حصلت عليها	
السؤال الآتي اختياري. لن يؤثر في الأهلية أو مستوى الاستحقاقات. وإنما يتم طرحه فقط للتأكد من توزيع استحقاقات البرنامج بغض النظر عن الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي.							
الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> لا هسباني ولا لاتيني		العرق: <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي		<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين			
الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)		التقدم بطلب الحصول على: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> لا شيء		المواطنة: <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> طالب لجوء <input type="checkbox"/> أجنبي مقيم بصفة قانونية <input type="checkbox"/> غير ذلك		الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> اتحاد مدني <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> لم يسبق له الزواج/ أعزب <input type="checkbox"/> مطلق/ مخلوع <input type="checkbox"/> أرمل	
تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة)		رقم الضمان الاجتماعي		العلاقة بك نفسه		آخر درجة علمية حصلت عليها	
السؤال الآتي اختياري. لن يؤثر في الأهلية أو مستوى الاستحقاقات. وإنما يتم طرحه فقط للتأكد من توزيع استحقاقات البرنامج بغض النظر عن الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي.							
الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> لا هسباني ولا لاتيني		العرق: <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي		<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين			
الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)		التقدم بطلب الحصول على: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> لا شيء		المواطنة: <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> طالب لجوء <input type="checkbox"/> أجنبي مقيم بصفة قانونية <input type="checkbox"/> غير ذلك		الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> اتحاد مدني <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> لم يسبق له الزواج/ أعزب <input type="checkbox"/> مطلق/ مخلوع <input type="checkbox"/> أرمل	
تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة)		رقم الضمان الاجتماعي		العلاقة بك نفسه		آخر درجة علمية حصلت عليها	
السؤال الآتي اختياري. لن يؤثر في الأهلية أو مستوى الاستحقاقات. وإنما يتم طرحه فقط للتأكد من توزيع استحقاقات البرنامج بغض النظر عن الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي.							
الأصل العرقي: <input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> لا هسباني ولا لاتيني		العرق: <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي		<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين			

الأسرة (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

(EITC) الائتمان الضريبي على الدخل المكتسب

الإجابة عن:



7. هل حصل أي شخص على الائتمان الضريبي على الدخل المكتسب (EITC) بولاية فيرمونت خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ (السطر 31C في إقرارك الضريبي في فيرمونت)

إذا لم تكن متأكدًا، فاتصل بإدارة الضرائب في فيرمونت على الرقم 1-802-828-2865.

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	تاريخ البدء

الإجابة عن:



8. هل انتقل أي شخص إلى فيرمونت في آخر 3 سنوات؟

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	تاريخ الوصول إلى فيرمونت	الولاية أو البلد التي تم الانتقال منه

الإجابة عن:



9. هل تلقى أي شخص مساعدة مالية من دولة أخرى منذ 1 يوليو 2001؟

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	ولاية أخرى	تاريخ بدء تلقي المساعدة	تاريخ انتهاء تلقي المساعدة

المؤسسة

الإجابة عن:

10. هل يعيش أي شخص حاليًا في منشأة أخرى غير المدرسة أو الكلية؟

من الأمثلة: مستشفى، دار رعاية مسنين، مرفق إصلاحي، مرفق علاجي، منزل جماعي، إلخ.



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	اسم المرفق	نوع المرفق	تاريخ القبول

الدراسة

الإجابة عن:

11. هل يوجد أي شخص ملتحق بمدرسة ثانوية أو كلية أو مدرسة مهنية أو برنامج تدريبي؟

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي



هل يوجد أي طفل مذكور أدناه ملتحق ببرنامج تعليم فردي (IEP) أو لديه إعاقة تمنع التخرج قبل سن 19؟ نعم لا

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	اسم المدرسة	نوع المدرسة	تاريخ الاستكمال المتوقع	حالة الالتحاق	هل يعيش في الحرم الجامعي؟
				<input type="checkbox"/> إقامة كاملة <input type="checkbox"/> إقامة جزئية <input type="checkbox"/> فترة أقل من الإقامة الجزئية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> إقامة كاملة <input type="checkbox"/> إقامة جزئية <input type="checkbox"/> فترة أقل من الإقامة الجزئية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

الأسرة (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

الحوامل

الإجابة عن:

12. هل توجد حوامل في أسرتك؟


نعم. أجب عن هذا السؤال  لا. انتقل إلى السؤال التالي 



هل يمنعها الحمل من العمل؟	تاريخ الوضع المتوقع	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		

الإجابة عن:

13. هل يعيش أحد خارج المنزل لبعض الوقت؟

نعم. أجب عن هذا السؤال  لا. انتقل إلى السؤال التالي 



الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الوقت الذي يقضيه في العيش في منزلك	عندما لا يكون معك، فمع من يكون؟
	_____ الأيام في كل <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة	الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)
	_____ الأيام في كل <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة	الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب والجد وما إلى ذلك)

الاسم المستعار

الإجابة عن:

14. هل يُعرف أي شخص باسم آخر؟

مثال: الاسم قبل الزواج أو اللقب أو الاسم المستعار.



نعم. أجب عن هذا السؤال  لا. انتقل إلى السؤال التالي 

الاسم الحالي: الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة	الاسم الآخر: الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة

الإعاقة

الإجابة عن:

15. هل يعاني أي شخص من حالة جسدية أو عقلية أو عاطفية تحد من مزاوله الأنشطة مثل العمل أو الذهاب إلى المدرسة أو رعاية الأطفال؟

نعم. أجب عن هذا السؤال  لا. انتقل إلى السؤال التالي 



الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	هل حدث عن طريق الصدفة؟	تحديد الإعاقة
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تقدم هذا الشخص بطلب بسبب الإعاقة إلى الضمان الاجتماعي؟ هل حدد الضمان الاجتماعي أن هذا الشخص معاق؟
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تقدم هذا الشخص بطلب بسبب الإعاقة إلى الضمان الاجتماعي؟ هل حدد الضمان الاجتماعي أن هذا الشخص معاق؟

الأبوة

الإجابة عن:

16. هل يعيش معك الوالد الآخر لطفلك القاصر (أطفالك القصر)؟

نعم. أجب عن هذا السؤال  لا. انتقل إلى السؤال التالي 



الوالد الآخر: الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة	هل أنت متزوج من الوالد الآخر أم ترتبط به من خلال الاتحاد المدني؟	اسم الطفل المشترك (أسماء الأطفال المشتركين)
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الأسرة (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

مغادرة

17. هل توقف أي شخص عن العمل في آخر 60 يومًا؟

الإجابة عن:



الأمثلة: انسحاب أو طرد أو تسريح أو إضراب.

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	أسباب ترك الوظيفة	تاريخ تركها

الأطعمة

18. هل يشتري أي شخص الطعام ويحضره بشكل منفصل عنك؟

الإجابة عن:



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط
1	2	3

الرعاية الأساسية

19. هل يعيش معك أي شخص لتوفير الرعاية الأساسية حتى تتمكن من العيش في المنزل؟

الإجابة عن:



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة	نوع الرعاية	هل هي مدفوعة من قبل وكالة أخرى؟
	<input type="checkbox"/> خدمات التدبير المنزلي/ تقديم الرعاية أو خدمات المرافقة <input type="checkbox"/> رعاية شخصية ضرورية طبيًا <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

ABSP

20. هل يوجد أي طفل لديه والد لا يعيش معك؟

الإجابة عن:



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة (الابن والأب وما إلى ذلك)	اسم الطفل (أسماء الأطفال)

قبل أن تتمكن من تحديد أهليتك لاستحقاقات Reach Up، عليك استكمال النموذج 137 لكل والد غائب. يدعم هذا النموذج حقوقك في إعالة الطفل في ولاية فيرمونت. سنرسل إليك النموذج 137 بعد استلامنا هذا الطلب. للحصول على النموذج في وقت أقرب، اتصل على الرقم 1-800-479-6151، أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov لطباعته. إذا كنت تعتقد أن السعي إلى الحصول على الدعم قد يتسبب في قيام أحد الوالدين غير الوصي بإيذاء الأطفال المعنيين جسديًا أو عاطفيًا، فيمكنك طلب تنازل عن التعاون. يوجد مزيد من التفاصيل في الصفحة 17، البند 11 في الحقوق والمسؤوليات.

رابط إلى النموذج 137: <https://outside.vermont.gov/dept/DCF/Shared%20Documents/ESD/Forms/137.pdf>

أجب عما يخص الكبار فقط في منزلك ممن يتقدمون بطلب الحصول على الاستحقاقات.

الرعاية الصحية

الإجابة عن: **21. هل يوجد أي شخص مسجل في برنامج Medicare (التأمين المقدم من الضمان الاجتماعي)؟**



إذا لم تكن متأكدًا، فاتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-633-4227. يمكن لمستخدمي الاتصال النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الشخص 1		الجزء أ	الجزء ب	الجزء ج	الجزء د
الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	تاريخ البدء	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
رقم طلب Medicare	الدفع بالتقسيط	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
الشخص 2		الجزء أ	الجزء ب	الجزء ج	الجزء د
الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	تاريخ البدء	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
رقم طلب Medicare	الدفع بالتقسيط	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي

الموارد

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

التقيد

الإجابة عن: **22. هل يمتلك أي شخص نقود ليست في البنك، كأن تكون موضوعة في المنزل، أو في حوزته، أو في حوزة الآخرين؟**



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط				
المبلغ	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي

البنك

الإجابة عن: **23. هل يمتلك أي شخص حسابات في بنك أو اتحاد ائتماني أو مؤسسة مالية أخرى، بما في ذلك الحسابات التي بها رصيد في الوقت الحالي؟**



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

تحقق من أنواع الحسابات واذكر التفاصيل أدناه.

<input type="checkbox"/> شهادة الإيداع (CD)	<input type="checkbox"/> حساب التقاعد الفردي (IRA) / خطة 401K/Keogh	<input type="checkbox"/> حساب التوفير
<input type="checkbox"/> حساب جار	<input type="checkbox"/> حساب المعاش	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى الوصف أدناه)
<input type="checkbox"/> نادي عيد الميلاد	<input type="checkbox"/> حساب التقاعد	

حدد المربع الأحمر أدناه لإيداع استحقاقات Reach Up أو نقد 3SquaresVT أو استحقاقات Essential Person في الحساب المحدد.

اسم (أسماء) المالك / المالك الشريك (الملاك الشركاء)	نوع الحساب	اسم البنك	رقم تحديد المسار	رقم الحساب	القيمة
					بالدولار الأمريكي
					بالدولار الأمريكي
					بالدولار الأمريكي
					بالدولار الأمريكي
					بالدولار الأمريكي

الموارد (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

السيارات

الإجابة عن: 24. هل يمتلك أي شخص أو يشترك في امتلاك أي مركبات أو استئجارها، بما في ذلك السيارات غير المسجلة أو التي تعمل في هذا الوقت؟



□ نعم. أجب عن هذا السؤال □ لا. انتقل إلى السؤال التالي

تحقق من أنواع السيارات المملوكة أو المشتركة واذكر التفاصيل أدناه.

اسم (أسماء) المالك / المالك الشريك (الملاك الشركاء)	نوع السيارة	السنة، والطراز	هل هي مؤجرة؟	المبلغ المستحق	لاستخدام قسم الخدمات الاقتصادية (ESD)
	سيارة □ قارب □ عربة/ سيارة عيش/ مقطورة □	سيارة □ جت سكي □ دراجة نارية □	عربة الجليد الآلية □ شاحنة □ غير ذلك (يرجى الوصف أدناه) □	بالدولار الأمريكي	□ نعم □ لا
			□ نعم □ لا	بالدولار الأمريكي	□ نعم □ لا
			□ نعم □ لا	بالدولار الأمريكي	□ نعم □ لا
			□ نعم □ لا	بالدولار الأمريكي	□ نعم □ لا
			□ نعم □ لا	بالدولار الأمريكي	□ نعم □ لا

عقارات

الإجابة عن: 25. بخلاف المنزل الذي تعيش فيه، هل يمتلك أو يشارك أي شخص في ملكية أي منازل أو أرض أو منازل متنقلة أو مشاركة بالوقت أو مباني أو عقارات أخرى أو مصلحة عقارية في أي عقار؟



□ نعم. أجب عن هذا السؤال □ لا. انتقل إلى السؤال التالي

اسم (أسماء) المالك / المالك الشريك (الملاك الشركاء)	نوع العقار	الموقع	القيمة المقدرة	المبلغ المستحق
			بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي
			بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي

STOK

الإجابة عن: 26. هل يمتلك أي شخص أو يشارك في امتلاك أي من الموارد المدرجة أدناه، بما في ذلك الموارد التي ليس لها قيمة في الوقت الحالي؟



□ نعم. أجب عن هذا السؤال □ لا. انتقل إلى السؤال التالي

تحقق من أنواع الموارد المملوكة أو المشتركة واذكر التفاصيل أدناه.

اسم (أسماء) المالك / المالك الشريك (الملاك الشركاء)	نوع المورد	القيمة
	حساب مصروفات الدفن: □ هل هو غير قابل للرد؟ □ نعم □ لا أرض الدفن □	المقتنيات (مثل الطوابع والكتب المصورة وما إلى ذلك) □ سند إذني أو رهن عقاري □ سندات الادخار □
	الأسهم/ السندات/ الصناديق المشتركة □ الودائع □ غير ذلك (يرجى الوصف أدناه) □	بالدولار الأمريكي
		بالدولار الأمريكي
		بالدولار الأمريكي
		بالدولار الأمريكي
		بالدولار الأمريكي

الموارد (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

STOK

الإجابة عن: 27. هل قام أي شخص ببيع ملكية أي مورد أو تنازل عنها أو المتاجرة بها أو نقلها خلال الأربعة وعشرين شهرًا الماضية (في خلال 3 أشهر من التقدم بطلب الحصول على استحقاقات 3SquaresVT فقط)؟



الأمثلة: السيارة، أو المال، أو الأسهم، أو الأرض، أو المنزل، أو أي شيء آخر ذي قيمة.

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

اسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	نوع المورد	تاريخ النقل	سعر البيع أو القيمة
			بالدولار الأمريكي
			بالدولار الأمريكي

الدخل

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

JINC

الإجابة عن: 28. هل يحصل أي شخص على دخل من وظيفة أو تدريب أو برنامج تدريبي؟

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

اذكر الدخل الإجمالي من كل راتب تم استلامه في آخر 30 يومًا، قبل الخصومات (على سبيل المثال، الضرائب والتأمين وما إلى هذا). يرجى ذكر ما يصل إلى 5 شيكات رواتب تم استلامها آخر 30 يومًا. لسرعة المعاملة، أرفق نسخًا من قسائم الدفع.

اسم الموظف: الأول، الأوسط، الأخير		اسم صاحب العمل		رقم هاتف صاحب العمل () -	شيكات الرواتب التي صدرت:	
تاريخ الدفع	ساعات العمل	الدخل الإجمالي	بقسيمش / عمولات	1	2	3
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> أسبوعيًا	<input type="checkbox"/> كل أسبوعين
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/> مرتان شهريًا
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		يوم الدفع من الأسبوع: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي			
اسم الموظف: الأول، الأوسط، الأخير		اسم صاحب العمل		رقم هاتف صاحب العمل () -	شيكات الرواتب التي صدرت:	
تاريخ الدفع	ساعات العمل	الدخل الإجمالي	بقسيمش / عمولات	1	2	3
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> أسبوعيًا	<input type="checkbox"/> كل أسبوعين
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/> مرتان شهريًا
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		يوم الدفع من الأسبوع: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي			
اسم الموظف: الأول، الأوسط، الأخير		اسم صاحب العمل		رقم هاتف صاحب العمل () -	شيكات الرواتب التي صدرت:	
تاريخ الدفع	ساعات العمل	الدخل الإجمالي	بقسيمش / عمولات	1	2	3
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> أسبوعيًا	<input type="checkbox"/> كل أسبوعين
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/> مرتان شهريًا
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي		يوم الدفع من الأسبوع: _____	
		بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي			

الدخل (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

INKD

الإجابة عن:

29. هل يحصل أي شخص على طعام أو مسكن أو ملابس أو أي شيء آخر في مقابل العمل؟



مثال: يحصل شخص ما على سكن مقابل العمل في مزرعة وتبلغ القيمة 500 دولار أمريكي في الشهر.

 نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	العنصر المستلم	القيمة
	بالدولار الأمريكي	كل

DCIN

الإجابة عن:

30. هل لدى أي شخص دخل من رعاية الأطفال؟



إذا كنت تطالب بالحصول على دخل مقابل توفير رعاية الأطفال من الضرائب الخاصة بك، فأجب بـ "لا" هنا ونعم على السؤال 32.

 نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

اذكر الدخل من آخر 30 يومًا وعدد الوجبات التي تقدمها كل شهر والتي لم يتم دفع مقابلها أو سداده لك.

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الدخل قبل الخصومات	الساعات/الأسبوع	الإفطار	الغداء	العشاء	الوجبات الخفيفة
بالدولار الأمريكي	كل					
بالدولار الأمريكي	كل					

RBIN

الإجابة عن:

31. هل يحصل أي شخص على دخل من توفير الغرف أو الوجبات في منزلك؟ قم بتضمين المدفوعات من الأطفال.


 نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط للشخص المستلم للدخل	المبلغ المستلم	من الذي يقوم بالدفع؟ (الاسم الكامل (الأسماء الكاملة))	حدد كل ما ينطبق
بالدولار الأمريكي	كل		<input type="checkbox"/> غرفة <input type="checkbox"/> وجبة أو وجبتان يوميًا <input type="checkbox"/> 3 وجبات يوميًا
بالدولار الأمريكي	كل		<input type="checkbox"/> غرفة <input type="checkbox"/> وجبة أو وجبتان يوميًا <input type="checkbox"/> 3 وجبات يوميًا

BUSI

الإجابة عن:

32. هل يحصل أي شخص على دخل من عمل حر؟

أمثلة: الزراعة، أو التجارة، أو العناية بالحدائق، أو مبيعات الحفلات المنزلية، أو قطع الأشجار، أو بيع الخردة المعدنية، أو الوظائف الفردية، أو تأجير العقارات، أو رعاية الأطفال إذا أجبت بـ "لا" عن السؤال رقم 30، أو غير ذلك من الأعمال.


 نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	نوع الأعمال	ساعات العمل في الأسبوع	تاريخ بدء العمل

عليك إرفاق نسخة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي، شاملاً النماذج والجداول والإضافات، إذا كان نشاطًا تجاريًا جديدًا ولم تقم بتقديم ضرائب بعد، فأرفق سجلات الدخل والمصروفات حتى الآن.

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

STIN

الإجابة عن: 33. هل لدى أي شخص دخل من دراسة عمل أو منحة دراسية أو قرض؟

لا. انتقل إلى السؤال التالي

نعم. أجب عن هذا السؤال



الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	مبلغ المنحة أو القرض	مبلغ الرسوم الدراسية والرسوم العادية	الفترة المشمولة (شهر/ سنة - شهر/ سنة)
	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	
	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	

UNEA

الإجابة عن: 34. هل يحصل أي شخص على دخل من أي مصادر أخرى مثل المذكورة أدناه؟

لا. انتقل إلى السؤال التالي

نعم. أجب عن هذا السؤال



تحقق من أنواع الدخل المستلم وقدم التفاصيل التالية. قائمة الدخل الإجمالي (الدخل قبل الخصومات، مثل أقساط الرعاية الطبية أو الضرائب أو التأمين أو دعم الطفل أو مستحقات النقابة).

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	نوع الدخل	إجمالي الدخل قبل الخصومات	هل بسبب الإعاقة؟
		بالدولار الأمريكي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
		بالدولار الأمريكي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
		بالدولار الأمريكي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
		بالدولار الأمريكي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
		بالدولار الأمريكي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

الإجابة عن: 35. إذا لم يكن لديك دخل، فكيف يتم دفع مصاريفك المعيشية اليومية؟

اشرح أدناه.



النفقات

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال. قد تساعد النفقات المبلغ عنها على زيادة استحقاق 3SquaresVT. بعد إرسال هذا الطلب، يمكنك الإبلاغ عن نفقات جديدة في أي وقت.

DCEX

36. هل يدفع أي شخص نفقة دعم الأطفال أو نفقة الطلاق؟

الإجابة عن:



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

اسم الشخص الذي يقوم بالدفع	المبلغ المدفوع	كم عدد المرات؟	هل بأمر من المحكمة؟	من الذي دُفع إليه هذا؟ (الاسم الكامل (الأسماء الكاملة))
النفقة	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
دعم الطفل	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم الشخص الذي يقوم بالدفع	المبلغ المدفوع	كم عدد المرات؟	هل بأمر من المحكمة؟	من الذي دُفع إليه هذا؟ (الاسم الكامل (الأسماء الكاملة))
النفقة	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
دعم الطفل	بالدولار الأمريكي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

DCEX

37. هل يستخدم أي شخص خدمات رعاية الأطفال أو رعاية البالغين؟

الإجابة عن:



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

اذكر كل طفل أو شخص بالغ على حدة.

الطفل / الشخص البالغ الخاضع للرعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	اسم مقدم الرعاية للطفل / البالغ وعنوانه
المبلغ المدفوع أسبوعياً بعد الإعانة	الأميال من المنزل إلى المزدود (اتجاه واحد)	أيام الرعاية في الأسبوع
الطفل / الشخص البالغ الخاضع للرعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	اسم مقدم الرعاية للطفل / البالغ وعنوانه
المبلغ المدفوع أسبوعياً بعد الإعانة	الأميال من المنزل إلى المزدود (اتجاه واحد)	أيام الرعاية في الأسبوع
الطفل / الشخص البالغ الخاضع للرعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	اسم مقدم الرعاية للطفل / البالغ وعنوانه
المبلغ المدفوع أسبوعياً بعد الإعانة	الأميال من المنزل إلى المزدود (اتجاه واحد)	أيام الرعاية في الأسبوع

FMED

38. هل يدفع أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو يعاني من إعاقة ما يزيد على 35 دولارًا أمريكيًا في الشهر كتكاليف طبية نثرية (لا يغطيها التأمين)؟

الإجابة عن:



أمثلة:

- أقساط التأمين الصحي، ومبلغ السداد المشترك، والخصومات؛
- مبلغ السداد المشترك للوصفات الطبية؛
- تكاليف النقل للحصول على العلاج الطبي أو الخدمات؛
- فواتير الخدمات الصحية (على سبيل المثال، اختصاصي الصحة، طبيب الأسنان، رعاية المستشفى، رعاية التمريض، اختصاصي الصحة العقلية، أو إعادة التأهيل)؛
- الأدوية والأجهزة والمستلزمات التي لا تتطلب وصفة طبية (إذا وافق عليها اختصاصي الصحة).

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط
1	2	3

قد تؤدي المطالبة بنفقات طبية شهرية إلى زيادة ميزة 3SquaresVT الخاصة بك. لمعرفة إذا كانت نفقاتك تؤهلك للحصول على ميزة أكبر، قد نرسل إليك نموذج 120 لكل شخص مذكور هنا. وهو يشرح كيفية المطالبة بالنفقات والمستندات التي يمكنك تقديمها للتحقق. لإرسال النموذج إليك الآن، اتصل على الرقم 1-800-479-6151، أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov لطباعته.

** النموذج 120 غير مطلوب للتعامل مع طلبك **

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال. إذا كنت تستأجر غرفة في منزل شخص ما، فأجب بـ "لا" عن الأسئلة 39-44 وأجب بنعم عن السؤال 45.

إيجار

39. هل يدفع أي شخص (بمن في ذلك أنت) إيجار المنزل الذي تعيش فيه؟

لا. انتقل إلى السؤال التالي

نعم. أجب عن هذا السؤال



الإيجار الكلي		كل	بالدولار الأمريكي	من الذي يدفع الإيجار؟ (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
نوع المساعدة الإيجارية، إن وجدت	ما الذي يشملها؟	مبلغ الإيجار الذي يدفعه هذا الشخص		
<input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> المساكن المدعومة <input type="checkbox"/> القسم 8	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> المرافق	كل	بالدولار الأمريكي	
<input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> المساكن المدعومة <input type="checkbox"/> القسم 8	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> المرافق	كل	بالدولار الأمريكي	
<input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> المساكن المدعومة <input type="checkbox"/> القسم 8	<input type="checkbox"/> التدفئة <input type="checkbox"/> المرافق	كل	بالدولار الأمريكي	
رقم الهاتف	الاسم	معلومات المالك		
عنوان مراسلة المالك:				

المنزل

40. هل يدفع أي شخص مدفوعات للرهن العقاري أو ضرائب على الممتلكات أو إيجار قطعة أرض أو قرض أصل عقاري أو رسوم ملكية مشتركة أو تكاليف أخرى للمنزل الذي تعيش فيه؟

لا. انتقل إلى السؤال التالي

نعم. أجب عن هذا السؤال



نوع المدفوعات	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	ما معدل سداد المدفوعات؟	المبلغ
رهن عقاري فقط (دون مبلغ الضمان)			رأس المال / الفائدة / دولار أمريكي / دولار أمريكي
الاسم/ العنوان: مقرض الرهن			
ضريبة على الممتلكات (إجمالي الضريبة)			بالدولار الأمريكي
ضريبة على الممتلكات (الدفع الحكومي)			بالدولار الأمريكي
ضريبة على الممتلكات (صافي الضريبة المستحقة)			
الاسم/ العنوان: مكتب المدينة للضريبة على الممتلكات			
إيجار قطعة أرض			بالدولار الأمريكي
الاسم/ العنوان: مالك إيجار قطعة الأرض			
رسوم ملكية مشتركة			بالدولار الأمريكي
الاسم/ العنوان: مالك رسوم الشقة			
قرض بضمان المنزل			رأس المال / الفائدة / دولار أمريكي / دولار أمريكي

UTIL

41. هل تتقاسمون أي مصارييف سكنية؟

لا. انتقل إلى السؤال التالي

نعم. أجب عن هذا السؤال



اسم الشخص الذي تشارك النفقات معه	ما النفقات المشتركة؟
<input type="checkbox"/> رهن عقاري	<input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> ضرائب <input type="checkbox"/> المرافق <input type="checkbox"/> غير ذلك
<input type="checkbox"/> رهن عقاري	<input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> ضرائب <input type="checkbox"/> المرافق <input type="checkbox"/> غير ذلك

نفقات المأوى (تابع)

أجب عما يخص كل فرد من أفراد الأسرة، ومن بينهم الأطفال.

UTIL

الإجابة عن: 42. أخبرنا عن معلومات الإسكان والتدفئة والوقود والمرافق الخاصة بك.



اسم الشخص الذي يتولى الدفع					حدد كل ما ينطبق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التدفئة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الماء الساخن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطبخ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإضاءة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تكييف الهواء
نوع الوقود الأساسي المستخدم لتدفئة المنزل (حدد خيارًا واحدًا)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفحم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكهرباء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكيروسين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الغاز الطبيعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النفط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غاز البروبان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخشب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك:
اسم الموجود على الحساب					رقم الحساب
اسم مورد الوقود					رقم هاتف مورد الوقود () -
عنوان مورد الوقود					
مزود الكهرباء المنزلية					رقم الحساب
اسم الموجود على الحساب					رقم الحساب
نوع الإسكان					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلا مأوى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منزل متنقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منزل لعائلة واحدة
غير ذلك:					عدد غرف النوم

الهاتف

الإجابة عن: 43. هل يدفع أي شخص مقابل الحصول على هاتف؟



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط
1	2	3

الهاتف

الإجابة عن: 44. هل يدفع أي شخص تكاليف التأمين على المنزل لمسكنك؟ لا يشمل هذا التأمين على المستأجرين.



إذا كان تأمينك يغطي استبدال المبانى الملحقة والممتلكات الشخصية، فلن يتم احتساب هذا المبلغ كجزء من نفقات التأمين على أصحاب المنازل.

نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	المبلغ المدفوع	كم عدد المرات؟
	بالدولار الأمريكي	
اسم شركة التأمين وعنوانها		

RBEX

الإجابة عن: 45. هل يدفع أي شخص لاستئجار غرفة في منزل شخص آخر (بما يشمل الوجبات أو لا يشملها)؟



نعم. أجب عن هذا السؤال لا. انتقل إلى السؤال التالي

الاسم الأول والأحرف الأولى من الاسم الأوسط	المبلغ المدفوع	كم عدد المرات؟	يتم تضمين الوجبات اليومية
	بالدولار الأمريكي		
اسم المالك وعنوانه			

صفحة التوقيع

هل يمثلك شخص آخر؟ إذا لم تكن قادرًا على ذلك، فيمكن للممثل التوقيع على هذا الطلب ومشاركة المعلومات معنا والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بتطبيقك ومزاياك. قد يكون الممثل:

- ممثلًا معينًا قانونيًا، مثل الوصي القانوني أو من لديه توكيل رسمي؛ أو
- شخص تقوم بتعيينه بصفة "الممثل المعتمد" الخاص بك في نموذج 139REP. للحصول على النموذج، اتصل على الرقم 1-800-479-6151 أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov لطباعة نسخة.

إذا كان لديك ممثل، فاذكره أدناه وأرفق إثباتًا (على سبيل المثال، أمر محكمة، نموذج توكيل رسمي، نموذج 139REP، إلخ). **دون إثبات، لا يمكننا تبادل المعلومات مع هذا الشخص أو قبول توقيعه أدناه.**

نوع الممثل:	<input type="checkbox"/> ممثل مفوض	<input type="checkbox"/> توكيل رسمي	<input type="checkbox"/> وصي قانوني
الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة	رقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليهم من خلاله () -		
عنوان المراسلة: الشارع، المدينة، الولاية، الرقم البريدي			

هل ساعدك شخص ما؟ إذا ساعدك شخص آخر غير الممثل في هذا الطلب، فاستكمل هذا القسم. يمكنك منح قسم الخدمات الاقتصادية الإذن لمشاركة المعلومات مع هذا الشخص، لكنه لن يستطيع التوقيع نيابة عنك أو التصرف نيابة عنك في الأمور المستقبلية.

الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة/ اسم الوكالة	رقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليهم من خلاله () -
عنوان المراسلة: الشارع، المدينة، الولاية، الرقم البريدي	

أمانح قسم الخدمات الاقتصادية الإذن بمشاركة المعلومات حول طلبي وأهليتي مع هذا الشخص. وأقر بما يلي:

- أنني لست مضطرًا لإعطاء هذا الإذن؛ ولن يؤثر في أهليتي.
- أن قسم الخدمات الاقتصادية ليس مسؤولاً عما يحدث للمعلومات بعد مشاركتها مع هذا الشخص.
- إذا لم أوقف هذا الإذن، فسيظل ساريًا ما دمت ألتقى استحقاقات من قسم الخدمات الاقتصادية.
- يحق لي تغييره أو إيقافه في أي وقت من خلال الاتصال على الرقم 1-800-479-6151، أو بالكتابة إلى العنوان التالي: DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1500.

هل يجب أن يحصل شخص آخر على نسخ من إشعاراتك؟ إذا كنت تريد منا إرسال نسخ من الإشعارات المتعلقة بطلبك واستحقاقاتك إلى شخص آخر، فاستكمل النموذج 139AR وإرساله. وسيؤدي هذا إلى تعيينه بصفة "المبلغ البديل".

هل يجب أن يتمكن شخص آخر من الوصول إلى استحقاقاتك؟ إذا كنت تريد أن يحصل شخص آخر على استحقاقات بطاقة تحويل المنافع الإلكترونية (EBT) لمساعدتك على استخدامها، فاستكمل النموذج 139AP وأرسله. وسيؤدي هذا إلى تعيينه بصفة "المستفيد البديل".

لطلب النموذج، اتصل على الرقم 1-800-479-6151، أو تفضل بزيارة myBenefits.vt.gov لطباعتها. يمكنك تعيين الشخص نفسه بصفة الممثل المفوض والمبلغ البديل والمستفيد البديل.

يجب عليك التوقيع على طلبك.

لن يتم التعامل مع الطلبات غير الموقعة. ستعاد للتوقيع.

أصرح تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي، بما في ذلك المعلومات الخاصة بالجنسية والوضع الأجنبي. لقد قرأت وفهمت حقوقي ومسؤولياتي في الصفحتين 17 و18، وأوافق عليها.

التاريخ _____

توقيع مقدم الطلب أو الممثل (انظر التعريفات التي في أعلى الصفحة)

متطلبات العمل

أدرک أن جميع أفراد الأسرة غير المعفيين من متطلبات العمل يتم تسجيلهم تلقائيًا للعمل وقد يُطلب منهم التسجيل في برنامج التوظيف والتدريب 3SquaresVT (3SquaresVT E&T).

الوجبات المدرسية المجانية

إذا كانت أسرک تتلقى إعانة شهرية من 3SquaresVT وكان أطفالك يذهبون إلى المدارس التي تشارك في برنامج الغذاء أو الإفطار المدرسي الوطني، فسيكونون مؤهلين تلقائيًا للحصول على وجبات مدرسية مجانية. سنرسل أسماءهم إلى وكالة التعليم للتصديق على أهليتهم ما لم تطلب منا عدم القيام بذلك. بمجرد استلامك إشعار المنحة الخاص بك، يمكنك أيضًا إحضار ذلك إلى المدارس لتسجيل أطفالك في أسرع وقت ممكن. يمكن أيضًا استخدام إشعار المنحة للحصول على وجبات مجانية لأطفالك إذا كانوا يحضرون برنامج رعاية الأطفال الذي يشارك في برنامج أغذية رعاية الأطفال والبالغين، أو مدرسة أو نادي أو مخيم صيفي يشارك في برنامج خدمة الطعام الصيفي. يوجد مزيد من التفاصيل في الصفحة 18، البند 17 في الحقوق والمسؤوليات.

المتطلبات الفيدرالية لبرنامج 3SquaresVT

3SquaresVT هو ما تسميه فيرمونت برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الفيدرالي (SNAP). على الولاية التعامل مع طلبات 3SquaresVT وفقًا لإجراءات برنامج SNAP. بما يشمل متطلبات التوقيت والإشعار وجلسة الاستماع العادلة، بغض النظر عما إذا كان الطلب مخصصًا لبرنامج 3SquaresVT فقط أو 3SquaresVT وبرنامج آخرى. لا يجوز حرمان مقدم الطلب من مزاي برنامج 3SquaresVT لمجرد حرمانه من المزايا من البرامج الأخرى. إذا كان مقدم الطلب في مؤسسة ويتقدم بطلب للحصول على 3SquaresVT ودخل الضمان الإضافي (SSI) في الوقت ذاته، فسيكون تاريخ التقديم هو تاريخ الصدور عن المؤسسة.

قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (المعروف سابقًا باسم قانون قسائم الطعام)، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036، يصرح بجمع المعلومات حول الطلب، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، لاستخدامها في تحديد إذا كنت مؤهلًا أو لا تزال مؤهلًا لتلقي استحقاقات 3SquaresVT. سنتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضًا لرصد الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج.

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 يحدون صعوبة في السمع أو يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة تحويل المكالمات الفيدرالية 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 لوزارة 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:
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov/](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

بالفاكس:
(833) 256-1665
أو
(202) 690-7442؛ أو

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

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

الحقوق والمسؤوليات

عليك قراءة حقوقك ومسؤولياتك، إذا كنت بحاجة إلى مساعدة على فهمها، أو كنت ترغب في الحصول على نسخة (مطبوعة بأحرف كبيرة)، فاتصل على الرقم 1-800-479-6151. يمكنك أيضًا مراجعتها عبر الإنترنت في أي وقت من خلال زيارة myBenefits.vt.gov.

- 1. لدي الحق في الاستئناف على أي قرار لا أتفق معه.** قد أطلب جلسة استماع عادلة إذا تم تأخير الاستحقاقات أو رفضها أو إنهاؤها أو تغييرها. قد يتم عرض حالتني من قبل رب الأسرة أو من ينوب عنه، مثل محام أو قريب أو صديق أو متحدث آخر. لبدء العملية، يمكنني الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الرقم 1-800-479-6151؛ مراسلة نائب مفوض قسم الخدمات الاقتصادية، وقسم الأطفال والعائلات، HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1020. أو مراسلة Human Services Board, 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VT 05633-4302.
- 2. لدي الحق في نسخة من هذا الطلب.** للحصول على نسخة، يمكنني الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الرقم 1-800-479-6151.
- 3. لدي الحق في اتخاذ قرار في الوقت المناسب.** ما لم أتسبب في التأخير أنا أو الطبيب أو حالة طوارئ غير متوقعة أو مشكلة إدارية خارجة عن سيطرة قسم الخدمات الاقتصادية، يمكنني أن أتوقع قرارًا في غضون 30 يومًا من تقديم طلبي.
- 4. يمنح قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) الأشخاص ذوي الإعاقة حقوقًا معينة.** إذا كنت أعاني من حالة جسدية أو عقلية تحد بشكل كبير من نشاط حياتني الرئيسي (على سبيل المثال، الحركة أو الرؤية أو التفكير)، فقد يحق لي الحصول على تسهيلات معقولة لمساعدتي على المشاركة في برامج التعليم في قسم الخدمات الاقتصادية.
- 5. ستظل المعلومات المتعلقة بطلباتي واستحقاقاتني سرية ومحمية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.** لن يشارك قسم الخدمات الاقتصادية أي معلومات عني ما لم تكن مرتبطة مباشرة بإدارة البرنامج، مسموح بها بموجب القانون أو بأمر من المحكمة، أو بتقديمي إذن بذلك.
- 6. يمكن فقط للمواطنين الأمريكيين وفئة محددة من غير المواطنين الحصول على الاستحقاقات.** إذا كانت أسرتي تضم أشخاصًا غير مؤهلين بسبب حالة الهجرة الخاصة بهم، فلا يزال بإمكانني 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 علي تقديم معلومات الهجرة للأشخاص الذين لا يتقدمون بطلب الحصول على استحقاقات، ولكن أحتاج إلى تضمين معلومات أخرى مثل دخلهم ومواردهم.
- 7. يمكن أن يؤثر الحصول على استحقاقات قسم الخدمات الاقتصادية على كفيل المهاجر أو حالة الهجرة.** إذا كان هذا ينطبق على أسرتي، فقد أختار الاتصال بقسم المساعدة القانونية بفيرمونت على الرقم 1-800-889-2047 لطرحة أسئلة قانونية قبل التقديم.
- 8. أنا مسؤول عن الإبلاغ عن التغييرات.** بالنسبة إلى جميع البرامج باستثناء 3SquaresVT، أوافق على الإبلاغ عن التغييرات في غضون 10 أيام من وقت حدوثها. بالنسبة إلى برنامج 3SquaresVT، يجب أن أبلغ عن التغييرات التي تجعل دخل أسرتنا عند 130% أو أعلى من مستوى الفقر الفيدرالي، عندما تكون ساعات عمل أحد أفراد الأسرة الذي يتمتع باستحقاقات محدودة المدة+ أقل من 80 ساعة شهريًا في غضون 10 أيام بعد الشهر الذي حدث فيه التغيير. للحصول على إرشادات الدخل، يمكنني زيارة www.fns.usda.gov/snap/eligibility للإبلاغ عن التغييرات، يمكنني الاتصال على الرقم 1-800-479-6151، أو لطباعة النموذج (نموذج 200)، يمكنني زيارة myBenefits.vt.gov. * الأفراد ذوو المزايا محدودة المدة هم أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و49 عامًا، وهم لائقون للعمل وليسوا معفيين ولا يتلقون استحقاقات 3SquaresVT في منزل يضم طفلًا قاصرًا.
- 9. أوافق على تقديم رقم ضمان اجتماعي (SSN) لكل شخص يتقدم بطلب.** يتطلب 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 إليه وموثوقيتها وغير ذلك.
- 10. أوافق على إخبار قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) على الفور بالاستحقاقات من ولاية أخرى.** إذا تلقيت أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي مساعدة غذائية مكررة أو مساعدة مالية من ولاية أخرى أو تمت إدانتني أنا أو أي فرد في السنوات العشر الماضية بالكذب بشأن المكان الذي نعيش فيه للحصول على استحقاقات من أكثر من ولاية، فسأخبر قسم الخدمات الاقتصادية (ESD).
- 11. أوافق على تكليف جميع حقوق إعالة طفلي إلى «التعليم من أجل التنمية المستدامة».** قبل أن يتمكن قسم الخدمات الاقتصادية من تحديد أهليتي لبرنامج Reach Up، يجب أن أملأ نموذج 137 (إذن إعالة الطفل) وأوقع عليه لكل ولي أمر غير وصي (NCP) من الأطفال في منزلي. في أثناء انتظار القرار، يجب أن أبلغ عن أي دعم يدفعه ولي الأمر غير الوصي لي مباشرة. إذا مُنحت المساعدة، فعلي أن أحول هذا الدعم إلى مكتب دعم الطفل. إذا كنت أعتقد أن السعي إلى الحصول على الدعم قد يتسبب في قيام ولي الأمر غير الوصي بإيذائي أو إيذاء الأطفال المعنيين جسديًا أو عاطفيًا، فيمكنني طلب النموذج 137W (التنازل عن التعاون). لطلب النماذج، يمكنني الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الرقم 1-800-479-6151، أو زيارة myBenefits.vt.gov لطباعة النماذج.
- 12. أوافق أن أتعاون مع قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) إذا تم اختيار طلبي لمراجعتها من قبل مراقبة الجودة.** ويشمل هذا تقديم دليل على أي معلومات مطلوبة وتفويض قسم الخدمات الاقتصادية بالحصول على هذا الدليل إذا لم أتمكن من تقديمه.
- 13. إذا تلقيت دعم الوقود، فأنا أوافق على قبول خدمات التجوية المجانية.** أُمِنح أيضًا الإذن لقسم الخدمات الاقتصادية للحصول على أي بيانات ومشاركاتها بشأن استهلاكك السنوي من الطاقة والتكلفة وبيانات الاستخدام ورسوم المرافق وسجل الدفع ومعلومات الحساب الأخرى من شركتي أو شركاتي الأساسية و/أو الثانوية للتدفئة والطاقة. أوفوض الشركة أو الشركات بتقديم هذه المعلومات إلى قسم الخدمات الاقتصادية.

الحقوق والمسؤوليات

14. أصرح لمفوض الضرائب في ولاية فيرمونت بالإفصاح عن المعلومات الواردة في إقرارات ضريبة الدخل الخاصة بولايتي إلى مفوض إدارة شؤون الأطفال والعائلات، أو من ينوب عنه. (الباب 33 من قوانين فيرمونت المشروطة، الفقرة 112 (ج))
15. أدرك أن جميع أفراد الأسرة غير المعفيين من متطلبات العمل يتم تسجيلهم للعمل تلقائيًا وقد يُطلب منهم التسجيل في برنامج التوظيف والتدريب 3SquaresVT E&T (3SquaresVT).
16. أوافق على أن البالغين في منزلي سيعملون مع مدير حالتنا للتغلب على العقبات واستكشاف الفرص وتحسين مواردنا المالية وتحقيق أهدافنا. إذا لم نشارك في متطلبات خدمات Reach Up، ولم يكن لدينا سبب وجيه، فسيتم تقليل منفعتنا المالية. كما نوافق أيضًا على عدم إنفاق أو سحب أموال Reach Up النقدية في متاجر الخمور أو الحانات أو نوادي التعري أو الكازينوهات أو مؤسسات الألعاب الأخرى.
17. أقر أنه إذا كانت أسرتي تتلقى استحقاق 3SquaresVT الشهري، فسيتم إرسال أسماء أطفالنا إلى وكالة التعليم للتصديق على أهليتهم للحصول على وجبات مدرسية مجانية. إذا لم أكن أريد إرسال اسم طفلي إلى المدرسة، فعلي الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الفور على الرقم 1-800-479-6151. يمكنني تغيير رأبي لاحقًا واستكمال طلب التغذية المدرسية في المدرسة.
18. أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا التطبيق ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية المحليين، وأني مسؤول عن دقتها. ويتضمن ذلك المعلومات بشأن زوجتي أو شريكي في الاتحاد المدني والأطفال وغيرهم من أفراد أسرتي. أصرح لقسم الخدمات الاقتصادية (ESD) بالاتصال بصاحب العمل (أصحاب العمل) للتحقق من معلومات التوظيف والدخل لغرض تحديد أهلية أسرتي للحصول على الاستحقاقات. إذا كنت لا أريد أن يتصل قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) بصاحب العمل (أصحاب العمل)، فيتعين علي الاتصال بمركز خدمة الاستحقاقات على الفور على الرقم 1-800-479-6151. سيتم طلب المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS) واستخدامها ويمكن التحقق منها من خلال الأشخاص الذين لديهم علاقة غير مباشرة بي عندما يجد قسم الخدمات الاقتصادية (ESD) أي تضارب. إذا كانت المعلومات التي أقدمها غير دقيقة، فقد تُخفّض الاستحقاقات وقد يُطلب مني إعادة سدادها وقد أُحرم منها وقد أخضع لجلسة استماع إدارية بشأن فقدان الأهلية و/أو المحاكمة الجنائية.
19. يحظر علي أن أكذب أو أخفي معلومات للحصول على استحقاقات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرتي. أقر أنه من الاحتيال أن أقوم أنا أو أي شخص بالغ في أسرتي عن علم، بقصد عام أو محدد، بتقديم معلومات خاطئة أو مضللة، من أجل الحصول على أو محاولة الحصول أو مساعدة شخص آخر في الحصول على استحقاقات Reach Up أو 3 SquaresVT أو Fuel Assistance أو Essential Person.
20. يحظر علي إساءة استخدام 3SquaresVT/بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات. أقر أن إساءة استخدام بطاقات 3SquaresVT/التحويل الإلكتروني للإعانات بالطرق التالية يعد تهريبًا:
- يحظر علي بيع 3SquaresVT.
 - يحظر علي أن أتاجر أو أستخدم 3SquaresVT لشراء سلع غير غذائية أو كحول أو منتجات تبغ أو عقاقير غير قانونية أو أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات.
 - يحظر علي أن أسمح لأي شخص باستخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات الخاصة بي، بخلاف شراء الطعام لأسرتي.
 - إذا اشتريت طعامًا بالآجل، يحظر علي أن أستخدم 3SquaresVT لسداد هذا الدين، حتى إذا دفعت ثمن الطعام فقط.
 - يحظر علي أن أستخدم بطاقة (بطاقات) التحويل الإلكتروني للإعانات الخاصة بشخص آخر أو أن تكون في حوزتي، إلا إذا كنت أشتري طعامًا لأسرته.
21. أقر أنه قد يتم التحقيق معي أو مع أي شخص بالغ في أسرتي بتهمة الاحتيال أو الإتجار أو كليهما وأني قد أخضع لجلسة استماع إدارية بشأن عدم الأهلية و/أو للمحاكمة الجنائية. أقر أنه إذا تمت إدانتني أنا أو أي شخص بالغ في أسرتي بتهمة الاحتيال بشأن Reach Up أو 3SquaresVT أو Fuel Assistance أو Essential Person في المحكمة، فقد تصل العقوبة إلى ثلاث سنوات في السجن وغرامة تصل إلى 1000 دولار أمريكي. من الممكن أيضًا أن تُغرّم 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. أقر أنه إذا تمت إدانتني أنا أو أي شخص بالغ في الأسرة بارتكاب جريمة الاحتيال أو الاتجار غير المشروع من خلال 3SquaresVT، من قبل هيئة إدارية أو محكمة، فسيكون المنع من 3SquaresVT سنة واحدة للجريمة الأولى وستين للثانية وبصورة دائمة للثالثة. إذا تمت إدانتني أنا أو أي فرد من أفراد الأسرة بمقايضة العقاقير غير المشروعة أو شرائها باستخدام 3SquaresVT، فسيكون المنع سنتين للجريمة الأولى وبصورة دائمة للجريمة الثانية. إذا حصلت على استحقاقات الطعام من ولايتين في الوقت ذاته، فسيكون المنع 10 سنوات. أقر أنه إذا تمت إدانتني أنا أو أي شخص بالغ في أسرتي بأي حالة اتجار غير مشروع تتجاوز 500 دولار أمريكي أو مقايضة 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 7-1320أ-ب والباب 33 من قوانين فيرمونت المشروطة، الفقرات 141، 143، قد تُطّبق أيضًا هذه العقوبات الفيدرالية والحكومية وغيرها.
22. أُؤدّد على أنه لا أحد في بيتي يفر من الملاحقة القضائية. ويشمل ذلك الحبس في جناية أو محاولة ارتكاب جناية أو انتهاك شرط الاختبار أو الإفراج المشروط بموجب قانون اتحادي أو قانون خاص بالولاية. أقر أن قسم الخدمات الاقتصادية يجب أن يفصح عن المعلومات لوكالات إنفاذ القانون للقبض على المجرمين الفارين.