المعلومات المطلوبة لمعالجة الطلب الخاص بك

قد نطلب منك تقديم بعض العناصر التالية أو كلها. يرجى الاستعداد لإعطاء هذه المعلومات.

- إثبات محل الإقامة.
- إثبات السن والهوية.
- إثبات المواطنة لمن يرغبون في الحصول على الإعانات.
- إثبات حالة عدم المواطنة لمن يرغبون في الحصول على الإعانات.
- فواتير وإيصالات رعاية الطفل.
- إثبات الدخل (أصول الدفع وبيانات المكتسبات وعقود إيجار الملكيات/المبيعات والمدفوعات الحكومية وتعويضات العمال والمعاشات وغيرها).
- إذا كان لديك عمل خاص، عوائد ضريبة الدخل الفيدرالية وسجلات مسك الدفاتر والمبيعات وسجلات المصروفات.

إذا كنت ترغب في التقدم لطلب المساعدة الغذائية أو الطبية أو مساعدة رعاية الطفل، يجب تقديم طلبًا مختلفًا. موقع إدارة الخدمات الاجتماعية والتأهيل (SRS) على الإنترنت http://www.srskansas.org/ يحتوي على معلومات عن إعانات البرنامج والطرق المختلفة للطلب. ويمكنك أيضًا الاتصال بمكتب SRS المحلي الخاص بك للمزيد من المعلومات.

اتبع هذه الخطوات للطلب

- استكمل هذا النموذج أو ادخل على موقع www.srskansas.org على الإنترنت للطلب. إذا كنت تحتاج المساعدة أو إذا كانت لديك أي أسئلة، اتصل على 1-888-369-4777.
- إقرأ الأسئلة جيدًا وأجب عليها بأمانة.
- تأكد من التوقيع على هذا النموذج وتأريخه. لا يكتمل الطلب الخاص بك حتى تقوم بالتوقيع عليه.
- قم بإعادة هذا النموذج بأسرع ما يمكن، وإذا كنت مؤهلاً، تبدأ الإعانات من تاريخ تلقي الطلب الموقع عليه في المكتب الخاص بنا.
- قم بإرسال هذا النموذج بالبريد أو بالفاكس أو أحضره بنفسك إلى مكتب SRS المحلي القريب منك. قد يستغرق الأمر من 30 إلى 45 يومًا قبل معالجة الطلب الخاص بك.

المقابلة

بالنسبة للمساعدة النقدية، نطلب إجراء مقابلة كجزء من عملية الطلب.

☐ لقد تم تخطيط المقابلة الخاصة بك للإجراء في:

_____.

_____.

☐ تاريخ ووقت المقابلة الخاصة بك هو:
التاريخ: _____. الوقت: _____.

☐ يرجى الاتصال لتحديد موعد للمقابلة:

_____.

☐ أخرى: _____

ES-3100.9 6/09

الأجداد كموفرين للرعاية

طلب المساعدة النقدية

KANSAS
DEPARTMENT OF SOCIAL
AND REHABILITATION SERVICES

الدعم الاقتصادي والوظيفي

10. الجزاءات

أي شخص من أفراد أسرتك يُخالف القواعد التالية عن عمد قد لا يمكنه الحصول على المساعدة النقدية لمدة سنة واحدة بالنسبة للسابقة الأولى ولمدة سنتين بالنسبة للسابقة الثانية وللأبد بالنسبة للسابقة الثالثة.

- لا تقم بالكذب أو إخفاء المعلومات للحصول على إعانات غير مُستحقة لأسرتك.
- لا تستخدم بطاقات فيجن كارد غير خاصة بك، أو تحتفظ بها في حوزتك. لا تقم بالإتجار في بطاقات فيجن كارد أو بيعها، ولا تستخدم بطاقة أي شخص آخر.

في حالة إعطاء بيانات زائفة أو مضللة عن مكان إقامتك للحصول على إعانات نقدية مضاعفة، قد لا يمكنك الحصول على إعانات نقدية لمدة 10 سنوات.

11. يرجى الاطلاع على هذه المعلومات قبل التوقيع

التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها

- أوافق على الإبلاغ عن أي تغييرات مثل التغييرات التي تطرأ على عنواني وتغييرات الدخل والتغييرات التي تطرأ على الأفراد المقيمين في منزلي.
- سوف أُطلع العامل الخاص بي على التغييرات التي يمكن أن تؤثر على استحقاقي أو على مستوى الإعانات الخاص بي.

الحقوق والمسؤوليات والجزاءات

- سوف تُقدم نسخة من حقوق ومسؤولياتي عند الطلب.
- أفهم الأسئلة المُدرجة في نموذج الطلب هذا.
- أفهم الجزاءات المتعلقة بإخفاء المعلومات. وأفهم الجزاءات المتعلقة بإعطاء معلومات زائفة.
- أوافق على أن SRS يمكن أن تقوم بإعطاء إسمي وعنواني ورقم هاتفي لشركات الهاتف المشاركة في التسجيل التلقائي في برنامج لايف لاين. يُقدم برنامج لايف لاين خدمات الهاتف الأساسية بأسعار مخفضة. أتفهم أن المعلومات الخاصة بي سرية ولن تُستخدم إلا للتسجيل في برنامج لايف لاين. كما أنني أتفهم أن هذا البرنامج ليس إجباريًا وأنه يمكنني رفض هذه الخدمة عن طريق الاتصال بشركة الهاتف المحلية.

سوف نتحقق من المعلومات التي تقدمها إلينا

- أتفهم أنكم سوف تقومون بالتحقق من المعلومات التي أقدمها في نموذج الطلب هذا.
- أتفهم أنكم قد تتصلون بوكالات أخرى مثل المسؤولين والموظفين الفيدراليين والحكوميين والمحليين وموفري الرعاية الطبية والشركات والمنظمات المالية للتحقق من المعلومات.
- أتفهم أنكم سوف تستخدمون المعلومات التي تتحققون منها وأنها يمكن أن تؤثر على استحقاقي أو مستوى الإعانات الخاصة بي.
- أتفهم أنه يجب أن أقدم أو أطلب الحصول على رقم الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يطلبون المساعدة من أفراد أسرتي.
- أتفهم أن SRS تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتشغيل. وتُستخدم هذه الأرقام لإجراء التوافقات الكمبيوترية مع إدارة الضمان الاجتماعي والبنوك وخدمة العوائد الداخلية والمنظمات والوكالات الأخرى.

12. معلومات عن تطبيق دعم الطفل

أوافق على مساعدة تطبيق دعم الطفل (CSE) في متابعة الدعم للأطفال الذين أتقدم بالطلب من أجلهم.
سوف أُساعد تطبيق دعم الطفل في وضع وتطبيق الأوامر الخاصة بالأطفال.
أوافق على إعطاء كل دعم الطفل لإدارة الخدمات الاجتماعية والتأهيل بالنسبة لكل شخص في أسرتي يحصل على المساعدة النقدية.

7. أخبرنا عن الدخل المكتسب

هل يوجد أي أطفال عاملين في الوقت الحالي وليسوا ملتحقين بالدراسة لدوام كامل في المدرسة؟ ☐ لا ☐ نعم

في حالة الإجابة ب"نعم"، استكمل ما يلي: **يجب تقديم إثباتات الدخل للطفل الصغير أو الأطفال الصغار.**

اسم الطفل	اسم صاحب العمل ورقم هاتفه	الراتب/الأجر بالساعة	ساعات العمل الأسبوعية	عدد مرات الدفع	تاريخ الدفع التالي

8. أخبرنا عن مصادر الدخل الأخرى

هل يحصل الطفل، أو تحصل أنت بالنيابة عنه، على أي دخل آخر، مثل دعم الطفل أو الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي (SSI) أو VA أو تعويضات العمال أو البطالة أو المال الذي يتم الحصول عليه من الأخرين أو صناديق الائتمان أو أي أشكال أخرى للدخل؟ ☐ لا ☐ نعم

في حالة الإجابة ب"نعم"، استكمل ما يلي: **يجب تقديم إثباتات الدخل للطفل الصغير أو الأطفال الصغار.**

اسم الفرد المنتمي إلى الأسرة	أنواع الدخل الأخرى	المبلغ	عدد مرات الحصول عليها

9. التوقيع

يجب التوقيع على هذا الطلب وتأريخه حتى يمكن اعتباره طلبًا مستوفى.

أُقر أنا بموجب حلف اليمين بصحة واكتمال الإجابات المقدمة من جهتي وفقًا لأفضل معلوماتي.

توقيع مقدم الطلب التاريخ

توقيع الزوج أو أي شخص بالغ آخر التاريخ

إن توقيعي على هذا الطلب يدل على أنني قد اطلعت على الشروط المذكورة أعلاه وأوافق عليها. وأيضًا فهو يفوض أصحاب العمل وموفروا الرعاية الطبية والمؤسسات المالية وموفروا التأمين والأشخاص الأخرين أو الوكالات الأخرى ممن يُحيطون علمًا بظروفي بالكشف لإدارة كنساس للخدمات الاجتماعية والتأهيل عن أي معلومات، بما في ذلك المعلومات السرية، قد تكون ضرورية لتحديد مدى استحقاقي. وجميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب محمية بقوانين السرية الحكومية والفيدرالية. كما أن أي نسخة من هذا التفويض تكون سارية مثل الأصل تمامًا.

5. أخبرنا عن الآباء غير المقيمين في المنزل

يرجى إعطاء اسم كل طفل واستيفاء البيانات الخاصة بالشخص الغائب من الأبوين في الأعمدة التالية إذا كانت معروفة. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر، يرجى إرفاق ورقة إضافية. وإذا كانت هناك أي أوامر دعم موجودة، قد يتطلب تطبيق دعم الطفل نسخًا منها.

اسم الطفل:				
	الأم الغائبة	الأب الغائب	الأم الغائبة	الأب الغائب
اسم الوالد الغائب:				
العنوان				
رقم الضمان الاجتماعي:				
تاريخ الميلاد:				
سبب التغيب عن المنزل:				
هل ستساعد CSE على البدء في/تطبيق أمر الدعم بالنسبة لكل طفل؟	☐ نعم ☐ لا – أخبرنا عن السبب أدناه	☐ نعم ☐ لا – أخبرنا عن السبب أدناه	☐ نعم ☐ لا – أخبرنا عن السبب أدناه	☐ نعم ☐ لا – أخبرنا عن السبب أدناه

في حالة الإجابة بـ "لا" على السؤال الأخير، أخبرنا عن السبب: _____

للحصول على المساعدة النقدية، يجب عليك التعاون مع تطبيق دعم الطفل. وإذا كان ذلك سيُعرضك أنت أو الطفل للخطر أو الإيذاء، أو إذا كانت لديك أسباب واضحة أخرى لعدم القدرة على التعاون، يرجى إخبارنا.

6. أخبرنا عن الموارد

نحتاج إلى التعرف على الموارد لتقرير ما إذا كان يمكنك الحصول على الإعانات. هل يوجد صندوق ائتمان خاص بالطفل؟ ☐ لا ☐ نعم
في حالة الإجابة بـ"نعم"، قد نتصل بك للمزيد من المعلومات.

هل توجد أي موارد باسم طفل أو أطفال في أسرتك؟ على سبيل المثال: الحسابات النقدية أو الشيكات/المدخرات/الاتحاد الائتماني التعاوني أو شهادات الإيداع أو الأسهم أو السندات أو حساب التقاعد الشخصي أو الملكيات أو أي موارد أخرى؟ ☐ لا ☐ نعم
في حالة الإجابة بـ"نعم"، يرجى استكمال التالي:

نوع المورد	الاسم أو الأسماء المالكة للمورد	مكان الاحتفاظ بالمورد؟ (اسم البنك أو الاتحاد الائتماني أو الشركة)	المقدار أو القيمة

3. أخبرنا عن الطريقة التي تفضلها للاتصال بك

نوفر خدمات الترجمة الكتابية والفورية. استكمل هذا القسم لمساعدتنا على الوفاء باحتياجاتك.
هل يفضل أي شخص في أسرتك التحدث أو القراءة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟ ☐ لا ☐ نعم

في حالة الإجابة بـ"نعم"، أكتب أسماء اللغات المتحدثة و/أو المكتوبة المفضلة أدناه. وقم أيضًا بتوضيح احتياجات التواصل الأخرى مثل طريقة بريل والترحيل والإنجليزي الموقع وTDD وTTY والطباعة بأحرف كبيرة وبرنامج تركيب الصوت...إلخ

الاسم	اللغة المتحدثة	اللغة المكتوبة	احتياجات أخرى

4. أخبرنا عن الطلاب الموجودين في أسرتك

تُطبق قواعد خاصة على الطلاب. استكمل هذه المعلومات لمساعدتنا على تقرير ما إذا كانت هذه القواعد تنطبق على أسرتك.
هل أي شخص في أسرتك طالب في مدرسة ثانوية أو كلية أو مدرسة فنية مهنية؟ ☐ لا ☐ نعم

في حالة الإجابة بـ "نعم"، استكمل ما يلي:

اسم الطالب	المرحلة	اسم المدرسة	دوام كامل – FT أو دوام جزئي – PT؟

الأجداد كموفرين للرعاية
طلب المساعدة النقدية

Agency Use Only: ☐ Initial ☐ Review
Date received in agency: _____
Worker: _____ Date Registered: _____
Case No(s): _____
Interview Date: _____

1. أخبرنا عن نفسك

مُقدم الطلب هو الجد أو قريب آخر يُقيم معه الطفل.

اسم مقدم الطلب: _____ هاتف الاتصال النهاري: _____ هاتف الرسائل: _____

عنوان المنزل: _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا): _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____

2. أخبرنا عن نفسك وعن باقي الأشخاص في أسرتك

قم بإدراج كل شخص يعيش في منزلك، حتى إذا لم تكن تتقدم بالطلب من أجلهم. **ومن الضروري تقديم الإثباتات الدالة على صلة القرابة بالطفل الصغير أو بالأطفال الصغار.**

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير	صلة القرابة بك	النوع	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	مواطن أمريكي؟ نعم/لا	السلالة/المجموعة العرقية (اختياري) استخدم الأكواد التالية		اللغة المتحدثة	اللغة المكتوبة	هل يحصل هذا الشخص على أي إعانات من إدارة الخدمات الاجتماعية والتأهيل؟ نعم/لا
						السلالة	العرق			
	صندوق قروض العمل الخاص (SELF)									

أكواد السلالة/العرق: الأكواد التالية لأغراض الإبلاغ الفيدرالي ولن تؤثر على إعاناتك.

السلالة (اختر كل ما ينطبق):
A = أمريكي هندي/ألاسكي محلي
B = أسود/أمريكي أفريقي
P = هاوايي محلي/من جزر المحيط الهادئ
S = أسيوي
W = أبيض

العرق (اختر واحد فقط):
H = هيسبانيك/لاتينو
N = غير هيسبانيك/غير لاتينو