پدربزرگها و مادربزرگها به عنوان مراقبت کننده

درخواست کمک هزینه نقدی

KANSAS
DEPARTMENT OF SOCIAL
AND REHABILITATION SERVICES

پشتیبانی اقتصادی و شغلی

برای درخواست طبق مراحل زیر عمل کنید

- برای درخواست، این فرم را تکمیل نموده یا به وب سایت www.srskansas.org مراجعه نمایید. اگر به کمک نیاز دارید یا سوالی دارید با شماره 1-888-369-4777 تماس بگیرید.
- سوالات را با دقت خوانده و با صداقت کامل به آنها پاسخ دهید.
- این فرم را حتماً امضا نموده و تاریخ بزنید. تا زمانیکه آن را امضا نکنید درخواست شما تکمیل نخواهد شد.
- این فرم را هر چه سریعتر بازگردانید، در صورتیکه واجد شرایط باشید، مزایا از تاریخی که درخواست امضا شده در دفتر ما دریافت شده باشد آغاز خواهد شد.
- این فرم را از طریق پست، فاکس یا مراجعه حضوری به دفتر SRS محلی خود برسانید. امکان دارد آغاز رسیدگی به درخواست شما بین 30 تا 45 روز به طول بیانجامد.

مصاحبه

برای کمک هزینه نقدی، به عنوان بخشی از روند رسیدگی درخواستتان باید یک مصاحبه داشته باشید.

☐ وقتی که برای مصاحبه شما در نظر گرفته شده است: _____.

☐ تاریخ و ساعت مصاحبه شما:
تاریخ: _____. ساعت: _____.

☐ لطفاً برای وقت مصاحبه تماس بگیرید:
_____.

☐ سایر: _____

ES-3100.9 6/09

اطلاعات مورد نیاز برای بررسی درخواست شما

ممکن است از شما بخواهیم تعدادی از موارد زیر یا تمام آنها را به ما ارائه دهید. لطفاً برای ارائه این اطلاعات آمادگی داشته باشید.

- مدرکی دال بر محل زندگی تان.
- مدرکی دال بر سن و هویت تان.
- مدرکی دال بر تابعیت برای آن دسته از افرادی که مایل به دریافت مزایا هستند.
- مدرکی دال بر وضعیت عدم-تابعیت برای آن دسته از افرادی که مایل به دریافت مزایا هستند.
- صورتحسابها و رسیدهای خدمات نگهداری از کودک.
- مدرکی دال بر درآمد (ته فیش های حقوقی، اظهارنامه های در آمدی، قراردادهای ملک استیجاری/ قراردادهای فروش، پرداختهای دولتی، غرامت کارگران، مستمری ها، و سایر موارد).
- در صورت خود اشتغالی، فرم های مالیات بر درآمد فدرال، سوابق حسابداری، فروش ها، و سابقه مخارج.

اگر مایل به درخواست برای کمک هزینه مواد غذایی، کمک هزینه پزشکی یا نگهداری از کودک هستید، به درخواست جداگانه ای نیاز است. وب سایت SRS به آدرس http://www.srskansas.org/ حاوی اطلاعاتی مربوط به مزایای برنامه ها و راه های مختلف درخواست آنهاست. برای اطلاعات بیشتر می توانید با دفتر SRS محلی خود نیز تماس بگیرید.

10. جرائم

هر یک از اعضای خانواده شما که از روی عمد قوانین زیر را نقض کند، برای اولین تخلف به مدت یک سال، برای دومین تخلف دو سال، و برای سومین تخلف به طور دائم از دریافت کمک هزینه نقدی محروم خواهد شد.

- جهت دریافت مزایایی که خانواده شما سزاوار آن نیست دروغ نگویید یا اطلاعات را مخفی نکنید.
- از ویژن کارتی که متعلق به شما نیست استفاده نکنید، یا آن را در اختیار خود نگیرید. ویژن کارتها را معاوضه نکنید یا نفروشید، یا از کارت فرد دیگری استفاده نکنید.

اگر اظهارات غلط یا گمراه کننده ای درباره محل زندگیتان ارائه دهید تا از مزایای نقدی دو برابر بهره مند شوید، 10 سال از دریافت مزایای نقدی محروم خواهید شد.

11. لطفاً پیش از امضا کردن اطلاعات زیر را مطالعه فرمایید.

تغییراتی که باید گزارش دهید

- من موافقت می کنم تغییراتی مانند تغییر در آدرس، درآمد، و افرادی که در خانه من زندگی می کنند را گزارش نمایم.
- من تغییراتی را که ممکن است بر صلاحیتم یا سطح مزایا تاثیرگذار باشد به اطلاع مددکارم می رسانم.

حقوق، مسئولیت ها، و جرائم

- یک نسخه از حقوق و مسئولیتهای من در صورت درخواست ارائه خواهد شد.
- من سوالات موجود در این فرم درخواست را متوجه می شوم.
- من از جرائم ناشی از مخفی کردن اطلاعات آگاهی دارم. من از جرائم ناشی از ارائه اطلاعات غلط آگاهی دارم.
- من موافقت می کنم که SRS می تواند نام، آدرس، و شماره تلفن من را در اختیار شرکتهای تلفن مشارکت کننده در نام نویسی خودکار در برنامه Lifeline قرار دهد. برنامه Lifeline خدمات اولیه تلفن را با نرخ کاهش یافته ارائه می دهد. من می دانم که اطلاعات من محرمانه است و تنها به منظور نام نویسی در برنامه Lifeline مورد استفاده قرار خواهد گرفت. من می دانم که این برنامه اجباری نیست، و من می توانم از طریق تماس با شرکت تلفن از دریافت این خدمات خودداری نمایم.

صحت اطلاعاتی که در اختیار ما قرار می دهید را بررسی خواهیم نمود

- من می دانم که شما صحت اطلاعاتی که از طریق این فرم درخواست ارائه می دهم را بررسی خواهید نمود.
- من می دانم که امکان دارد برای بررسی صحت اطلاعات، با سایر نهادها، مانند مسئولان فدرال، ایالتی، محلی، کارفرمایان، خدمات دهندگان پزشکی، تجارتها، و سازمانهای مالی تماس بگیرید.
- من می دانم که شما از اطلاعاتی که صحت آن بررسی شده استفاده خواهید نمود و این امر می تواند بر صلاحیت یا سطح مزایای من تاثیرگذار باشد.
- من می دانم که ملزم هستم شماره سوشال سکیوریتی اعضای خانواده ام را که کمک هزینه درخواست کرده اند ارائه دهم یا جهت صدور شماره سوشال سکیوریتی آنها اقدام نمایم.
- من می دانم که SRS از شماره های سوشال سکیوریتی برای عملیات خود استفاده می کند. از این شماره ها برای تطبیق کامپیوتری با بخش اجرایی خدمات تامین اجتماعی، بانکها، خدمات عوارض داخلی، و سایر سازمانها و نهادها استفاده خواهد شد.

12. اطلاعات مربوط به نهاد اجرایی پشتیبانی کودک

من موافقت می کنم که با نهاد اجرایی پشتیبانی کودک (CSE) جهت پشتیبانی از کودکانی که برای آنها درخواست ارائه داده ام همکاری نمایم.
من به CSE کمک خواهم نمود تا احکامی برای کودکان تعیین و اجرا نماید.
من موافقت می کنم که پشتیبانی از کودک را برای هر فردی که در خانواده من کمک هزینه نقدی دریافت می کند در اختیار SRS قرار دهم.

7. ارائه اطلاعات مربوط به درآمد دریافت شده

آیا کودکی در خانواده شما وجود دارد که در حال حاضر مشغول به کار باشد و به طور تمام وقت در مدرسه حضور نداشته باشد؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ شما مثبت است، مورد زیر را تکمیل کنید: **مدرکی دال بر درآمد کودک (کودکان) صغیر الزامیست.**

نام کودک	نام و شماره تلفن کارفرما	حقوق/ دستمزد ساعتی	ساعات کار در هفته	هر چند وقت یکبار پول به او پرداخت می شود	تاریخ حواله بعدی حقوق

8. ارائه اطلاعات مربوط به سایر درآمدها

آیا کودک (کودکان) هرگونه درآمد دیگری دارند، یا شما از جانب آنها درآمد دیگری دریافت می کنید، مانند پشتیبانی از کودک، خدمات تامین اجتماعی، VA، SSI، غرامت کارگران، بیمه بیکاری، پول از سایرین، حساب امانی یا هر نوع درآمد دیگر؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ شما مثبت است، مورد زیر را تکمیل کنید: **مدرکی دال بر درآمد کودک (کودکان) صغیر الزامیست.**

نام عضو خانواده	نوع سایر درآمدها	میزان	هر چند وقت یک بار دریافت می شود

9. امضا

این درخواست باید امضا شده و تاریخ زده شود تا یک درخواست تکمیل شده تلقی شود.

من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ، گواهی می دهم که پاسخهای من صحیح و کامل و برگرفته از نهایت اطلاعات من هستند.

امضای متقاضی _____ تاریخ _____

امضای همسر متقاضی یا فرد بزرگسال دیگر _____ تاریخ _____

امضای من در این درخواست نشان می دهد که شرایط فوق را خوانده و درک کرده ام. این درخواست امضا شده همچنین به کارفرمایان من، خدمات دهندگان پزشکی، موسسات مالی خدمات دهندگان بیمه، و سایر افراد و نهادهایی که از شرایط من اطلاع دارند اجازه می دهد تا هرگونه اطلاعات را در اختیار سازمان خدمات اجتماعی و توانبخشی کانزاس [Kansas Department of Social and Rehabilitation Service] قرار دهند، از جمله اطلاعات محرمانه، که برای احراز صلاحیت من ضروری است. همه اطلاعات ارائه شده در این درخواست توسط قوانین محرمانگی ایالتی و فدرال حفاظت می شوند. کپی این مجوز به اندازه اصل آن اعتبار دارد.

5. ارائه اطلاعات درباره والدینی که در خانه زندگی نمی کنند

لطفاً نام هر یک از کودکان را ذکر نموده و اطلاعات مربوط به هر یک از والدین غایب (در صورت اطلاع) را در ستونهای زیر تکمیل نمایید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً یک برگه کاغذ دیگر الصاق نمایید. اگر در حال حاضر هرگونه حکم پشتیبانی وجود دارد، باید یک نسخه از هر کدام در اختیار نهاد اجرایی پشتیبانی کودک (CSE) قرار بگیرد.

نام کودک:				
نام ولی غایب:	مادر غایب	پدر غایب	مادر غایب	پدر غایب
آدرس:				
شماره سوشال سکیوریتی:				
تاریخ تولد:				
دلیل عدم حضور در خانه:				
آیا به CSE کمک می کنید تا حکم پشتیبانی را برای هر کودک آغاز/ اجرا نماید؟	☐ بله ☐ خیر- علت را در قسمت زیر ذکر نمایید	☐ بله ☐ خیر- علت را در قسمت زیر ذکر نمایید	☐ بله ☐ خیر- علت را در قسمت زیر ذکر نمایید	☐ بله ☐ خیر- علت را در قسمت زیر ذکر نمایید

اگر به سوال قبلی پاسخ منفی داد اید، علت را ذکر نمایید: _____

برای دریافت کمک هزینه نقدی، شما باید با نهاد اجرایی پشتیبانی کودک همکاری نمایید. اگر این امر شما یا فرزند (فرزندان) شما را در معرض خطر قرار می دهد، یا دلایل قابل قبول دیگری برای عدم همکاری دارید، لطفاً به ما اطلاع دهید.

6. ارائه اطلاعات درباره منابع

ما باید از منابع اطلاع داشته باشیم تا درباره مزایای شما تصمیم گیری نماییم. آیا کودک (کودکان) دارای حساب امانی هستند؟ ☐ خیر ☐ بله
اگر پاسخ شما مثبت است، برای اطلاعات بیشتر با شما تماس خواهیم گرفت.

آیا کودک (کودکان) خانواده شما مالک منابعی هستند یا منابعی به نام آنهاست؟ برای مثال: پول نقد، حسابهای جاری/ پس انداز/ تعاونی، گواهی سپرده (CDها)، سهام، اوراق قرضه، حساب پس انداز بازنشستگی فردی [IRA]، ملک یا هرگونه منابع دیگر. ☐ خیر ☐ بله
اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً بخش زیر را تکمیل نمایید:

نوع منابع	فرد (افراد) ذینفع در منابع	این منابع در کجا نگهداری می شود؟ (نام بانک، تعاونی یا شرکت)	مبلغ یا ارزش

3. ارائه اطلاعات درباره روش دلخواه تماس ما با شما

ما خدمات ترجمه همزمان و ترجمه ارائه می دهیم. جهت کمک به ما برای تامین هرچه بهتر نیازهایتان این قسمت را تکمیل نمایید.
آیا فردی در خانواده شما وجود دارد که ترجیح دهد به زبانی غیر از انگلیسی صحبت کند یا مطلب بخواند؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ شما مثبت است، نام زبانهای گفتاری و/ یا نوشتاری دلخواه را در قسمت زیر بنویسید. همچنین سایر نیازهای ارتباطی را نیز ذکر کنید، مانند خط بریل، تقویت کننده، زبان نشانه های انگلیسی، TTY، TDD، چاپ بزرگ، برنامه صداساز، غیره.

نام	زبان گفتاری	زبان نوشتاری	سایر نیازها

4. ارائه اطلاعات درباره دانش آموزان حاضر در خانه

مقررات خاصی برای دانش آموزان صادق است. جهت کمک به ما برای تصمیم گیری درباره صادق بودن این مقررات برای خانواده شما، این اطلاعات را تکمیل نمایید.
آیا فردی در خانواده شما دانش آموز دبیرستان، کالج، یا مدرسه فنی-حرفه ای است؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ شما مثبت است، قسمت زیر را تکمیل نمایید:

نام دانش آموز	پایه	نام مدرسه	تمام وقت- FT یا نیمه وقت – PT؟

پدربزرگها و مادربزرگها به عنوان مراقبت کننده
درخواست کمک هزینه نقدی

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

1. ارائه اطلاعات درباره خودتان

متقاضی مادربزرگ یا پدربزرگ یا خویشاوند دیگریست که کودک با وی زندگی می کند.

نام متقاضی: _____ تلفن روزانه: _____ تلفن پیغامگیر: _____

آدرس منزل: _____ شهر: _____ کدپستی: _____

آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن): _____ شهر: _____ کد پستی: _____

2. ارائه اطلاعات درباره خودتان و افراد حاضر در خانه شما

همه افرادی که در خانه تان زندگی می کنند را به حساب بیاورید، حتی اگر برای آنها درخواست نمی دهید. مدرکی دال بر وابستگی کودک (کودکان) صغیر الزامیست.

نام نام وسط نام خانوادگی	رابطه با شما	جنسیت	تاریخ تولد	شماره سوشال سکیوریتی	تبعه ایالات متحده امریکا؟ بله/خیر	نژاد/ گروه قومی (اختیاری) از کدهای زیر استفاده کنید		زبان گفتاری	زبان نوشتاری	آیا این فرد مزایای SRS دریافت می کند؟ بله/ خیر
						نژاد	قومیت			
	خود									

کدهای نژاد/ قومیت: کدهای زیر برای اهداف گزارشی فدرال تعیین شده اند و تاثیری بر مزایای شما نخواهند داشت.

نژاد (هر تعداد مورد مرتبط را علامت بزنید): **A** - سرخپوست امریکایی/ بومی آلاسکا **B** - سیاه پوست/ افریقایی امریکایی **P** - بومی هاوایی/ جزیره نشین اقیانوس آرام **S** - آسیایی **W** - سفیدپوست

قومیت (فقط یک مورد را انتخاب کنید): **H** - اسپانیایی یا لاتین **N** - غیر اسپانیایی/ لاتین