



دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية  
إستمارة مساعدة العائلة

هذا المربع مخصص لإستعمال دائرة DHS فقط

Case #: \_\_\_\_\_

Date received: \_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_

سناخذ إستمارتك فقط إذا كانت تحمل إسمك و عنوانك و توقيعك إذا كنت تقدم طلب برنامج Food Stamps/SNAP. لكن كلما أعطيتنا معلومات إضافية، كلما نستطيع بشكل أسرع أن ننتبين إن كنت تستطيع الحصول على مساعدة. وإن حصلت على موافقة، ستبدأ مخصصاتك من تاريخ تقديمك للإستمارة. وفي معظم الحالات، ستحتاج إلى التحدث مع مسؤول من دائرة DHS لإستكمال عملية تقديم الإستمارة. قد تتمكن من الحصول على مخصصات برنامج Food Stamps/SNAP بعد 7 أيام إذا:

1. كان الدخل الشهري لأسرتك المعيشية أقل من \$150، ولديك الآن موارد بقيمة \$100 أو أقل.
2. كانت كلفة مسكنك (زائد فواتير المرافق العامة) أكثر من دخلك الشهري زائد التوفيرات.
3. كنت تقوم بعمل موسمي في المزارع أو خاص بالمهاجرين.

إن كنت تعاني من إعاقة تجعل من الصعب عليك إستكمال أو فهم هذه الإستمارة، يمكننا مساعدتك. ويمكننا الإتصال بك أو زيارتك إذا كنت لا تستطيع الحضور إلى مكتبنا.

الإسم		إني أقدم طلباً لـ: _____ Families First _____ Food Stamps/SNAP _____	
عنوان المنزل		قد نستخدم رقم هاتف منزلك أو الخليوي للإتصال بك وتذكيرك بموعد. وسنترك رسالة إن لم ترد.	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	هاتف المنزل   هاتف العمل   الخليوي/هاتف آخر
العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)		إننا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي للتحقق من أنك الشخص الذي نقول إنك هو. كما نستخدمها للتأكد من أنك تحصل على القدر الصحيح من المساعدة، ولتغيير قدر المساعدة التي تحصل عليها، وللتحقق من سجلات أخرى على الكمبيوتر وللحكومة، وللتأكد من أنك تتأهل. فحين نتحقق من سجلات الضمان الإجتماعي ومصحة الضرائب IRS والتوظيف. كما قد نتحقق من سجلات الهجرة والجنسية. وإن كانت تلك السجلات لا تطابق ما تقوله، فقد يؤثر ذلك على ما إذا نستطيع الحصول على مساعدة وعلى كمية النقد أو قسائم الطعام التي تحصل عليها. وإن أعطيت عن قصد معلومات غير صحيحة للحصول على مساعدة، قد تذهب إلى السجن.	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟ ( ) نعم ( ) لا		عبر تزويد معلومات عن عرقك/أصلك القومي، يظهر ذلك إذا كانت الولاية تتبع قوانين حقوق مدنية. يرجى إستخدام ما يلي للإشارة إلى العرق: W = أبيض/قوقازي، B = أسود/أمريكي - أفريقي، A = آسيوي، H = من الشعوب الأصلية لجزر هاواي/المحيط الهادئ، I = هندي أمريكي/ من الشعب الأصلي لولاية ألاسكا (إن أسرتك المعيشية غير ملزمة بإعطائنا هذه المعلومات ولن يؤثر ذلك على أهليتك ولا مستوى مخصصاتك.) الوضع الزوجي: إستخدم إحدى العبارات التالية أدناه لكل عضو بالغ من الأسرة المعيشية: متزوج، أعزب، مطلق، أرمل، منفصل	

ضع إشارة في المربع إن كان الشخص معاقاً	ضع إشارة إن كان الشخص حاملاً	تاريخ الولادة	الوضع الزوجي (راجع أعلاه)	(خيارى) العرق (راجع سجل كل ما ينطبق)	(خيارى) إشارة في المربع إن كنت من أصل هسباني/ لاتيني	الجنس (ذ/أ)	(غير مطلوب إن كان الشخص لا يريد تلقي مخصصات)		هل هذا الشخص يطلب مخصصات؟ (نعم/لا)	عدد كل شخص في أسرتك المعيشية (بمن فيهم أنت) لإضافة مزيد من الأشخاص، يرجى إرفاق إستمارة أو صفحة أخرى
							لمزيد من المعلومات، راجع الصفحة 1 من بيان التفاهم	رقم الضمان الإجتماعي		
							ضع إشارة في المربع إن كان مواطناً أمريكياً			

أقسم تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين (جريمة الكذب بعد قسم اليمين) وكافة العقوبات الأخرى السارية أن البيانات المقدمة على هذه الإستمارة وأي من مرفقاتها لأي شخص أجرى معي مقابلة هي صادقة وصحيحة، وأن جميع الأشخاص الطالبين أو المتلقين للمساعدة هم مواطنون أمريكيون أو أجانب شرعيون أو مهاجرون مؤهلون. وأفهم وأوافق على القواعد والمعلومات المعطاة لي. وإن تم طلب مني ذلك، سأعطي المعلومات التي تثبت بياني أو أعطي لدائرة DHS إنذاراً للحصول على إثبات. وأفهم أنني علي أن أبلغ عن أي تغييرات حسبما تطلبه مني دائرة DHS. إسقاط مسؤولية: قد تحتاج ولاية تينيسي أو الأشخاص العاملون لديها إلى إثبات أن المعلومات التي أعطيتها هي صحيحة. وبموجب توقيعك على هذا المستند، إنني أقول إنه يمكن الحصول على إثبات. فذلك سيدعمهم بقررون إن كان يمكنني الحصول على برنامج Food Stamps أو Families First. كما أقول إنني قرأت وفهمت بيان التفاهم.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ (إن تم التوقيع ب-X): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

ولي الأمر أو الممثل المعتمد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

<p><b>هذا المربع مخصص لبرنامج Families First فقط. إذن بالإفراج عن سجلات حضور المدرسة</b>  أنا (المشارك) أعطي إذنًا لوزارة التعليم في تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج دائرية تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسة الخاصة بالأطفال المذكورين على هذه الإستمارة. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي، لمساعدتي على الإيفاء بمسؤولياتي تجاه برنامج Families First. وسيتم تلف السجلات عندما لا تكون مطلوبة.</p>													
<p><b>التوقيع:</b> _____ <b>التاريخ:</b> _____</p>													
<p><b>أفهم أنه يحق لي بممثل معتمد أو ممثلين معتمدين:</b></p> <p>لإمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عن: Families First ( )؛ Food Stamps/SNAP ( )؛  لإمكانية استخدام مخصصاتي من Food Stamps/SNAP بالنيابة عن ( )؛ لإمكانية استخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عن ( )</p> <p>لإمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عن: Families First ( )؛ Food Stamps/SNAP ( )؛  لإمكانية استخدام مخصصاتي من Food Stamps/SNAP بالنيابة عن ( )؛ لإمكانية استخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عن ( )</p>													
<p><b>تسجيل الناخبين</b></p> <p>هل أنت مسجل للتصويت حيث تقيم الآن؟ ( ) نعم ( ) لا  هل تود التسجيل للتصويت؟ ( ) نعم ( ) لا  هل تريد أن ترسل لك دائرة DHS إستمارة تسجيل الناخب عبر البريد؟ ( ) نعم ( ) لا  لن تتغير المخصصات التي قد تتلقاها من دائرة DHS بصرف النظر عما إذا تسجل أم لا لتسجل للتصويت.</p>													
<p><b>سجل المعلومات حول لدخول أسرتك المعيشية في المربعات أدناه. يشمل الدخل ولا يقتصر على التوظيف، والعمل الحر، والنفقة الزوجية، وإعالة الأطفال، ومخصصات الإعاقة، والضمان الاجتماعي/SSI، وتعويض العامل، ومخصصات البطالة، ومعاشات التقاعد، ومرتببات، والدخل من فوائد.</b></p>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>الشخص ذو ضرائب/نفقات الدخل</th> <th>مصدر الدخل (مثل عمل، ضمان اجتماعي، إعالة أطفال)</th> <th>المبلغ الشهري قبل الضرائب/النفقات</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		الشخص ذو ضرائب/نفقات الدخل	مصدر الدخل (مثل عمل، ضمان اجتماعي، إعالة أطفال)	المبلغ الشهري قبل الضرائب/النفقات									
الشخص ذو ضرائب/نفقات الدخل	مصدر الدخل (مثل عمل، ضمان اجتماعي، إعالة أطفال)	المبلغ الشهري قبل الضرائب/النفقات											
<p>عدد أي موارد للأسرة المعيشية (النقد، أو الحسابات المصرفية الجارية أو للتوفير أو أخرى، أو شهادات ايداع، أو أسهم، أو سندات، أو صناديق تحوط، أو حسابات تقاعد، أو صناديق إلتمان، أو معاشات سنوية، أو أصول ثابتة أخرى)</p> <p><b>النوع:</b> _____ <b>القيمة:</b> \$ _____ <b>النوع:</b> _____ <b>القيمة:</b> \$ _____</p> <p><b>النوع:</b> _____ <b>القيمة:</b> \$ _____ <b>النوع:</b> _____ <b>القيمة:</b> \$ _____</p>													
<p>يمكن منع أي عضو يتعمد مخالفة أي من القواعد من برنامج Food Stamps/SNAP من مدة سنة واحدة إلى الأبد، أو فرض عليه غرامة لغاية \$250,000، أو سجنه لغاية 20 سنة، أو كلاهما. كما قد يخضع للمحاكمة بموجب القوانين السارية الفدرالية والخاصة بالولاية. كما قد تحظر عليه المشاركة في برنامج Food Stamps/SNAP لمدة إضافية تستغرق 18 شهراً، إن أمرت المحكمة بذلك. لا تتبادل أو تبيع بطاقات EBT، أو تستخدم بطاقة شخص آخر.</p>													
<p><b>إن كنت ما بين 18 و 24 سنة من العمر، هل كنت يوماً في عهدة الولاية في طفولتك؟ نعم لا</b></p> <p><b>نفقات رعاية الأطفال</b></p> <p>المبلغ المدفوع شهرياً: \$ _____</p> <p>إسم مقدم الرعاية للأطفال: _____</p>	<p><b>التكاليف المسكن</b></p> <p>الإيجار / رهن المنزل (ضع دائرة حول إختيار واحد)</p> <p>المبلغ الشهري: \$ _____</p> <p>الغاز/الكهرباء: \$ _____ شهرياً</p> <p>الهاتف: \$ _____ شهرياً</p>												
<p><b>المدفوع لإعالة الأطفال</b></p> <p>إن كنت ملزماً قانونياً بأن تدفع مبلغ إعالة أطفال لطفل أو أطفال لا يعيشون معك، سجل ذلك هنا:</p> <p>الطفل: \$ _____ شهرياً</p> <p>الطفل: \$ _____ شهرياً</p>	<p><b>النفقات الطبية</b></p> <p>عدد النفقات الطبية المتكررة مثل الأدوية الموصوفة أو أقساط التأمين. فهذه قد تساعدك على الحصول على مزيد من برنامج Food Stamps إن كنت مسناً أو معاقاً.</p> <p>النوع: \$ _____ شهرياً</p> <p>النوع: \$ _____ شهرياً</p>												
<p>يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس وفي بعض الحالات، المعتقدات الدينية أو السياسية. كما تحظر "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture] (USDA)، التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقدات الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الإنتقام بسبب نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تمويله وزارة USDA. وعلى الأشخاص ذوي الإعاقات والمتطلبين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات برامج (مثل بريل والطباعة بالأحرف الكبيرة والأشرطة السمعية ولغة الإشارات الأمريكية وإلخ.) الإتصال بالمؤسسة (الخاصة بالولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للسم أو ذوي صعوبة في السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 800-877-8339. وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون معلومات البرامج متوفرة في لغات غير الإنجليزية. ولرفع شكوى تمييز ضمن برنامج، إستمكمل "إستمارة شكوى التمييز في برامج وزارة USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على العنوان <a href="http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html">http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html</a>، ولدى أي مكتب لوزارة USDA، أو اكتب رسالة موجّهة لوزارة USDA متضمنة لكافة المعلومات المطلوبة في الإستمارة. ولطلب نسخة من إستمارة الشكوى، اتصل بـ 866-632-9992. وقدم إستمارة المستكملة أو الرسالة لوزارة USDA عبر البريد على العنوان: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو عبر الفاكس على 202-690-7442 (202) أو عبر البريد الإلكتروني على <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a>. وللحصول على أي معلومات أخرى متعلقة بمسائل "برنامج المساعدة الغذائية الإضافية" [Supplemental Nutrition Assistance Program] (SNAP)، يجب الإتصال إما بالخط الساخن الخاص ببرنامج SNAP لوزارة USDA على الرقم 800-221-5689 (800) المتوفر أيضاً بالإسبانية، أو الإتصال برقام المعلومات/الخط الساخن للولاية الموجودة على الإنترنت على <a href="http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm">http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm</a>. ولرفع شكوى تمييز متعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فدرالية عبر "الوزارة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية" [U.S. Department of Health and Human Services] (HHS) راسل 2021 (HHS) Room 515F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201، وOffice for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Director, HHS، اتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو (TTY) 800-537-7697. تقدم هذه المؤسسة فرصاً متكافئة. كما يجوز لك مراسلة Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.</p>													



هل أنت بحاجة إلى الإبلاغ عن تغيير؟ هل لديك سؤال؟  
هل أنت بحاجة إلى مساعدة؟ إتصل بنا. هذا الإتصال مجاني.  
مركز خدمة مساعدة العائلة  
1-866-311-4287  
نحن هنا لمساعدتك من الساعة 7 صباحاً حتى الساعة  
5:30 بعد الظهر من الإثنين حتى الجمعة.

## بيان تفاهم – قواعد البرنامج هام – احتفظ بهذه الوثيقة!

إن كنت تعاني من إعاقة وتستلزم مساعدة خاصة، يرجى إخبارنا بذلك.

**مترجمون فوريون مجانيون** – إن كنت لا تفهم اللغة الإنجليزية جيداً وكنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى إخبارنا بذلك. فسنحضر مترجماً فورياً سيساعدك على التكلم معنا. هذه الخدمة مجانية. وإحضار مترجم فوري لن يؤخر عملية البت بقضيتك. ونحن قادرون على إستلام طلبك اليوم.

يمكنك تقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج "فاميليز فيرست" [Families First] أو "SNAP/قسائم الطعام" [SNAP/Food Stamps] في مكتب لـ "دائرة الخدمات الإنسانية" [DHS]. ويمكن إستخدام هذه الإستمارة لرفع طلب مشترك لأكثر من برنامج واحد أو لبرنامج SNAP/قسائم الطعام فقط. ولن يتم رفض طلبك لبرنامج قسائم الطعام/SNAP فقط على أساس رفض طلبك لبرنامج آخر. وعليك إعطاء إثبات لهويتك ودخلك وعوامل أخرى مطلوبة للموافقة على طلبك. وإن كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على إثبات، اسأل مسؤول قضيتك في دائرة DHS.

إن كنت أنت أو الشخص الذي تقدم عنه طلباً موهلاً لمخصصات، سيتم تزويد مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام أو TANF ابتداءً من تاريخ إستلامنا للطلب الذي يحمل إسمك وعنوانك وتوقيعك. وسيكون تاريخ التقديم مختلفاً إن كانت الأسرة المعيشية في مؤسسة وتقدم طلباً لبرنامج SNAP و SSI في آن واحد. وفي هذه الحالة، يكون تاريخ التقديم تاريخ الخروج من المؤسسة.

- على أي شخص في الأسرة المعيشية يقدم طلباً لمخصصات برامج فاميليز فيرست أو SNAP/قسائم الطعام أن يعطينا رقمه للضمان الإجتماعي ووضع جنسيته أو هجرته. فـ"قانون الأغذية والتغذية" [Food and Nutrition Act] يدعنا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي لنؤكد حصولك على المبلغ الصحيح من المعونة، ولتغيير مبلغ المعونة التي تتلقاها، ولتفحص سجلات الكمبيوتر والحكومة، ولنؤكد أنك مؤهل. وعندما نتفحص سجلات الكمبيوتر، نستخدم "نظام إثبات الأهلية المبنية على الدخل" [Income Eligibility Verification System]. وإن لم تتطابق تلك السجلات ما تقوله، قد تؤثر على ما إذا يمكنك تلقي المساعدة وكمية النقود أو قسائم الطعام التي تتلقاها. وإن لم يكن لديك رقم للضمان الإجتماعي، يمكننا مساعدتك على طلب هذا الرقم.
- إن كان لديك رقم للضمان الإجتماعي، وكنت مواطناً أمريكياً أو أجنبياً شرعياً أو مهاجراً مؤهلاً، عليك تقديم طلب للمخصصات إن كنت فرداً إلزامياً من العائلة.
  - مثال: على الزوجين والأطفال والوالديهم تقديم طلب ضم الأسرة المعيشية ذاتها، إلا إذا كنت تختار عدم تقديم طلب للمخصصات لشخص يختار عدم إعطاء رقم ضمانه الإجتماعي أو وضع هجرته.
- لا تحتاج دائرة DHS إلى أرقام الضمان الإجتماعي ولا وضع جنسية/هجرة أفراد الأسرة المعيشية غير المقدمين لطلب مخصصات. إن تم تزويد رقم ضمان إجتماعي لشخص لا يقدم طلباً للمخصصات، لن يُرسل إلى "دائرة الهجرة والجنسية" [Immigration and Naturalization Services] من أجل إثبات وضعه.
- يجوز لك تقديم طلب مخصصات لحاملي الجنسية والمهاجرين المؤهلين إن لا تقدم طلباً للمخصصات لنفسك. موارد ودخل الأشخاص غير المقدمين لطلب مخصصات ستظل معتبرة.

إن كنت تقدم طلباً للمساعدة من دائرة DHS، قد نعطي رقم ضمانك الإجتماعي لـ:

- الشرطة التي تبحث عن منتهكي القوانين متى يسمح القانون لنا أو يلزمنا بذلك أو متى تأمرنا محكمة بذلك.
- وكالات أخرى فدرالية أو خاصة بالولاية إن سمح لنا القانون أو ألزمنا بذلك.

ما هي المدة التي نستغرقها لإتخاذ قرار حول طلبك؟

- المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست: لدينا 45 يوماً لنقرر إذا يمكنك الحصول عليها.
- برنامج قسائم الطعام/SNAP: قد يكون لدينا لغاية 30 يوماً لنقرر ولنعطيك مخصصات SNAP/قسائم الطعام إن كنت مؤهلاً لها.
- لإتخاذ قرار في الوقت المناسب، يجب أن تحصل دائرة DHS على مساعدتك في الحصول على كل ما تحتاجه من إثبات.

سيخبرك مسؤول قضيتك عن التغييرات التي عليك الإبلاغ عنها. وإن كنت تتلقى برنامج فاميليز فيرست، عليك إبلاغ دائرة DHS بأي تغييرات في وضع معيشتك في غضون 10 أيام.

وإن كنت تتلقى برنامج SNAP/قسائم الطعام، عليك الإبلاغ عندما يتجاوز ذلك الشهري حد إجمالي دخل برنامج قسائم الطعام/SNAP لأسرتك المعيشية. وسيخبرك مسؤول قضيتك عن قيمة ذلك المبلغ. وعليك الإبلاغ عن هذا التغيير بحلول اليوم 10 من الشهر التالي بعد حدوث التغيير في دخلك.

## معلومات برنامج SNAP/قسائم الطعام:

لن تغير مخصصات SNAP/قسائم الطعام مخصصاتك من فاميليز فيرست. إن توقفت المدفوعات النقدية من فاميليز فيرست، قد تظل تتلقى مخصصات قسائم الطعام/SNAP، لكن إن بدأت بالحصول على برنامج فاميليز فيرست، قد تنخفض مخصصاتك من SNAP/قسائم الطعام. وسيتم إخطارك بهذا التغيير، إلا أنك قد تحصل على هذا الإخطار قبل أقل من عشرة أيام من تخفيض مخصصاتك من SNAP/قسائم الطعام.

قد تنتهي مخصصاتك من برنامج SNAP/قسائم الطعام إن:

- أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مخصصات من برنامج SNAP/قسائم الطعام؛
- استخدمت بطاقة ضمان مخصصات شخص آخر بدون إذنه أو قمت بتبادل أو بيع بطاقة ضمان المخصصات؛
- اشتريت عبر مخصصات SNAP/قسائم الطعام أشياء مثل البيرة أو السجائر أو الصابون، أو اشتريت على حسابات إنتمان.
- دفع مقابل طعام تم شراؤه بإنتمان بمخصصات برنامج قسائم الطعام/SNAP.

إن خالفت هذه القواعد، لن تحصل على مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام لمدة:

- سنة واحدة في المرة الأولى.
- سنتين في المرة الثانية.
- إلى الأبد في المرة الثالثة.

إن استبدلت مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام بمخدرات، يمكن حرمانك لمدة:

- سنتين في المرة الأولى.
- إلى الأبد في المرة الثانية.

سيتم حرمانك من برنامج قسائم الطعام إلى الأبد إن حكمت محكمة بأنك مذنب بتهمة:

- استبدال مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام بمسدسات أو ذخائر/أعددة أو متفجرات.
- بيع مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام بقيمة \$500 أو أكثر.

لن تتلقى مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام لمدة عشر (10) سنوات إن أعطيت معلومات غير صحيحة حول هويتك أو مكان إقامتك من أجل الحصول على مخصصات برنامج قسائم الطعام/SNAP.

وإن لم تتبع خطتك من برنامج فاميليز فيرست، قد نوقف مدفوعاتك النقدية من برنامج فاميليز فيرست أو يجوز تخفيض مخصصاتك من برنامج SNAP/قسائم الطعام.

وإن لم تبلغ عن دخل عمك أو يصدر قرار بأنك إنتهكت قواعد برنامج SNAP/قسائم الطعام عن قصد، قد تكون مجبراً على إعادة دفع المال إن حصلت على مخصصات كثيرة زائدة من برنامج SNAP/قسائم الطعام.

قد يتم إيداع الأشخاص الذين يخالفون هذه القواعد في السجن أو يتم إتهامهم بموجب القوانين الفدرالية أو يتم فرض عليهم غرامة لغاية \$10,000. وإن نشأت مطالبة متعلقة ببرنامج SNAP/قسائم الطعام ضد أسرتك المعيشية، يجوز إحالة المعلومات على هذا الطلب، بما في ذلك كافة أرقام الضمان الإجتماعي، إلى مؤسسات فدرالية وخاصة بالولاية، وكذلك مؤسسات خاصة لتحصيل المطالبات، وذلك لإتخاذ إجراء لتحصيل المطالبات.

على بعض أفراد الأسرة المعيشية التسجيل للعمل إن كانوا يريدون الحصول على مخصصات برنامج SNAP/قسائم الطعام. سيخبرك مسؤول قضيتك عن أي فرد من أسرتك المعيشية عليه التسجيل للتأهل. ومن خلال التوقيع على إستمارة الطلب، إنك توافق على أن يتسجل الأفراد الملزمين. وإن حدث ذلك، قد يكون على هؤلاء الملزمين بالتسجيل الذهاب إلى "دائرة العمل وتنمية القوة العاملة" [Department of Labor and Workforce Development] (DOLWD) للخضوع لمقابلة. فسيعملون معك للمساعدة على تجهيزك للعثور على عمل يناسب مجموعة مهاراتك. وقد يكون بعض الأفراد ملزمين بالمشاركة في أنشطة متعلقة بالتوظيف والتدريب للحفاظ على أهليتهم. كما عليك القبول بالعمل المناسب والإحتفاظ به. وقد يتم تجريد الأفراد الذين يخالفون عن التعاون بدون سبب وجيه من الأهلية لبرنامج SNAP.

وتعني عبارة ABAWD شخصاً قادراً جسدياً ما بين سني الـ18 والـ49 سنة وبدون معالين في الأسرة المعيشية، وإن كان غير معفاً بنحو آخر، يمكنه أن يكون مؤهلاً فقط لمدة ثلاثة (3) أشهر من مخصصات برنامج SNAP خلال مدة ثلاث (3) سنوات، إلا إن شارك في إلزام العمل بموجب برنامج SNAP. وإبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2016، سيتمثل إلزام الشخص المشار إليه بـABAWD بالعمل بموجب برنامج SNAP بـ:

- العمل خلال ما لا يقل عن معدل 20 ساعة أسبوعياً (80 ساعة شهرياً) أو أكثر، أو
- المشاركة في برنامج تدريب مؤهل لمدة معدلها 20 ساعة أسبوعياً (80 ساعة شهرياً) أو أكثر

ويتم تقديم برامج التدريب المؤهلة عبر دائرة العمل وتنمية القوة العاملة وقد تكون:

- برنامجاً خاضعاً لـ"قانون إبتكارات وفرص القوة العاملة" [Workforce Innovation and Opportunity Act] لعام 2014؛
- برنامجاً خاضعاً للفقرة 236 من "قانون التجارة" [Trade Act] لعام 1974؛ أو
- حضور دروس في "التعليم الأساسي للبالغين" [Adult Basic Education] (ABE)

وسيكون المشاركون من المشار إليها بـABAWD مؤهلين فقط للحصول على مخصصات برنامج SNAP لمدة ثلاثة (3) أشهر خلال مدة ثلاثة وستين (36) شهرياً أو ثلاث (3) سنوات إبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2016.

وقد تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج SNAP/قسائم الطعام إن كان لديك إثبات بهذه الأنواع من النفقات:

- الطبية
- رعاية الأطفال أو العالة
- إعالة الأطفال
- الإسكان أو خدمات المرافق العامة

وقد يساعدك مسؤول قضيتك في دائرة DHS في الحصول على إثبات. لكن عليك الإبلاغ عن النفقة وإعطائنا الإثبات لها. وإن لم تبلغنا بهذه النفقات ولا تعطينا الإثبات لها، سنفترض أنك لا تريد المقتطع ولن تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج قسائم الطعام.

## معلومات برنامج فاميليز فيرست:

إن حصلت من برنامج فاميليز فيرست على مدفوعات نقدية لست مؤهلاً لها، عليك ان تعيد دفعها للولاية. ويمكنك:

- الدفع من المدفوعات النقدية من برنامج فاميليز فيرست.
- الدفع نقداً إن كنت لا تتلقى مخصصات فاميليز فيرست.

إن أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، يجوز رفع دعوى ضدك في المحكمة. ويجوز إتهامك بالحنث باليمين (الحلفان كذباً) أو بالسرقة أو بجريمة أخرى، ويجوز الحكم عليك بقضاء وقت في السجن. وإن خالفت قواعد برنامج فاميليز فيرست عن قصد، نشير إلى ذلك بعبارة "الإنتهاك المتعمد للبرنامج" [Intentional Program Violation]. وإن تبين أنك إرتكبت جريمة، قد يتم حرمانك من برنامج فاميليز فيرست لمدة:

- 6 أشهر في المرة الأولى
- سنة واحدة في المرة الثانية
- إلى الأبد في المرة الثالثة

يحظر شرعاً الحصول على مدفوعات نقدية في ولايتين في آن واحد. وأي شخص يقوم بذلك يجوز حرمانه من المدفوعات النقدية لمدة 10 سنوات.

يستطيع أطفالك الحصول على مخصصات برنامج فاميليز فيرست أو برنامج SNAP/قسائم الطعام لكنك لا تستطيع الحصول عليها إن كنت:

- مجرمًا هاربًا
- منتهكاً لإخلاء سبيل مشروط أو لشروط مراقبة السلوك بعد إخلاء السبيل
- مذنباً بجناية متعلقة بالمخدرات ومرتكبة بعد 22 أغسطس/آب 1996، إلا إذا أستوفيت حالة إستثنائية محددة. قد يعطيك مسؤول قضيتك مزيداً من المعلومات عن الحالة الإستثنائية.

وللحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، عليك توقيع وإتباع "خطة مسؤولية شخصية" [Personal Responsibility Plan]. وقد تتطلب منك هذه الخطة الذهاب إلى نشاط متعلق بالعمل.

## معلومات هامة حول إعالة الأطفال وبرنامج فاميليز فيرست:

قد تتمكن من الحصول على المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست وإعالة الأطفال في آن واحد. إن حصلت على برنامج فاميليز فيرست، عليك مساعدتنا على إثبات هوية أب الطفل. كما عليك ان تعمل معنا لتحصيل أقساط إعالة الأطفال للأطفال الخاضعين لبرنامج فاميليز فيرست. ولن نحاول تحصيل أقساط إعالة إن أثبت وجود سبب وجيه لعدم القيام بذلك. ويجب أن يذهب كافة أقساط إعالة الأطفال أولاً لدائرة DHS. وإن أعطاك أحد الوالدين مالياً مباشرة، عليك إرساله إلى دائرة DHS. وقد تتمكن من إعادة تحصيل بعض أو كافة أقساط إعالة الأطفال. ونسمي هذه المدفوعات بمدفوعات المرور لإعالة الأطفال.

ويعتمد مبلغ دفعة مرور إعالة أطفالك على كلا "إحتياجك غير المستوفى" والمبلغ المدفوع لإعالة الأطفال. ونفترض إحتياجك غير المستوفى بناءً على:

- عدد الأشخاص الذين تغطيهم الدفعة النقدية لبرنامج فاميليز فيرست
- قيمة الدخل الآخر الذي لديك
- يمكنك الاستعلام من مسؤول قضيتك في دائرة DHS عن مبلغ الإحتياج غير المستوفى.

### هل تريد تقديم طلب التصويت في الانتخابات القادمة؟

يقتضي القانون الفدرالي والخاص بالولاية أن نسألك إن كنت تريد التسجيل للتصويت. فعلياً أن نطرح هذا السؤال كلما قدمت أو أعدت تقديم طلب للمخصصات، أو عندما يعاد إعتماذك للحصول على مخصصات، أو إن إتصلت لتخبرنا بأنك غيرت مسكنك. وسنساعدك على إستكمال كافة هذه الإستمارات.

### معلومات تسجيل الناخبين:

- لن تغير المخصصات التي تتلقاها من دائرة DHS ما إذا ستنسجل أو لا تتسجل للتصويت.
- يمكننا مساعدتك على تقديم الطلب. ويعود لك قرار الحصول على مساعدة. ويجوز لك إستكمال الإستمارة بمفردك.
- يجوز لك رفع شكوى لمنسق الانتخابات على العنوان: Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243 على الرقم 1-615-741-7956، و"مركز تينيسي لترحيل البيانات" [Tennessee Relay Center] على الرقم 1-800-848-0299، إن كنت تعتقد أن:
  - شخصاً تدخل في حقه في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت.
  - شخصاً تدخل في حقه في الخصوصية عند إتخاذ قرار التسجيل أو تقديم طلب التسجيل للتصويت.
- إن إخترت التسجيل أو الرفض، لن نخبر أي شخص خارج لجنة الانتخابات حول قرارك ولا أين قدمت الطلب. وسنستخدم ذلك فقط لأغراض التسجيل.
- لا يمكنك التصويت إلا بعد حصولك على بطاقة تسجيل الناخبين. وإن لم تستلم البطاقة خلال ثلاثة أسابيع، استعلم عن ذلك من لجنة الانتخابات.
- سنتبين لجنة الانتخابات في المقاطعة إن كنت تستطيع التسجيل للتصويت. لا تقوم بذلك دائرة DHS ولا مكتب تينكير.
- إن أرسلت طلبك عبر البريد للجنة الانتخابات في مقاطعتك، عليك التصويت شخصياً عند تصويتك للمرة الأولى.
- سنرسل لك عبر البريد إستمارة "طلب عبر البريد لتسجيل الناخبين" [Mail-In Application for Voter Registration] في غضون 30 يوماً إن كنت تخبرنا عبر الهاتف أو الإنترنت عن:

- تغيير في العنوان
- إستمارة طلب
- إستمارة إعادة طلب
- إعادة إعتماذ
- معاينة

وإن كانت المهلة الأخيرة للتسجيل بعد أقل من 30 يوماً، سنرسل لك الإستمارة عبر البريد في غضون 5 أيام أو في يوم العمل التالي إن تمكنا من ذلك.

### قانون HIPAA:

يقول قانون HIPAA الفدرالي إن علينا أن نحفظ الوقائع حول صحتك طبي الكتمان. كما أنه يقول إن علينا أن نعطيك هذا الإخطار. إليك القواعد التي علينا أن نتبعها لحفظ الوقائع حول صحتك طبي الكتمان. وهذه القواعد قد تتغير. وفي حال طرأت تغييرات هامة، سنخبرك بذلك.

ومن أجل تحديد أهليتك لبرنامج فاميليز فيرست، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع:

- بعض موظفي الدائرة الذين يحتاجون إليها لقرار إذا يمكنك الحصول على برنامج فاميليز فيرست.
- كما قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع الوزارة الفدرالية للصحة والخدمات الإنسانية لأنها تتولى رقابة برنامج فاميليز فيرست.

وبعد الحصول على موافقتك الخطية المسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع أي شخص أو هيئة أخرى مثل مقدمي الرعاية الصحية لك، و/أو محامي، و/أو أفراد عائلتك.

وإن كنت غير قادر على إعطاء موافقة خطية مسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS معلوماتك الصحية الخاصة مع:

- ممثل معتمد - سيحق له أيضاً إعطاء موافقة خطية للإفراج عن معلوماتك الصحية الطبية لأفراد وهيئات أخرى؛
- فرد من العائلة أو آخرين مشاركين في رعايتك الصحية. ويجوز لك أن تطلب منا الإمتناع عن إطلاعهم على معلوماتك. وسنوافق على ذلك إن إستطعنا القيام بذلك. وإن كنت طفلاً قاصراً أو في حالة طارئة، قد لا نكون قادرين على الموافقة.

و بدون أي موافقة مسبقة، قد تتقاسم دائرة DHS أيضاً معلوماتك الصحية الخاصة:

- مع وكالة رقابة صحية أو جهاز إنفاذ القوانين حسب مقتضيات القانون لأغراض التحقيق في مزاعم سرقة أو إحتيال متعلقة بتلقي مخصصات البرنامج؛
- مع أي فرد أو جهة أخرى، بما في ذلك جهاز إنفاذ القوانين ووكالات حكومية أخرى، عندما يكون ذلك مسموحاً بموجب القانون أو عند وجوب القيام بذلك بموجب أمر محكمة؛
- مع فرد أو جهة أخرى لأغراض البحث حسبما يكون ذلك مسموحاً بموجب القانون.

## الحقوق حول معلوماتك الصحية

يحق لك:

- الاطلاع على سجلاتك الصحية، إلا حيث يكون ذلك محدوداً بموجب القانون.
- الحصول على نسخ من سجلاتك الصحية، إلا حيث يكون ذلك محدوداً بموجب القانون.
- التحدث معنا حول طريقة إستخدامنا وتقاسمنا لمعلوماتك الصحية.
- مطالبتنا بتغيير المعلومات الصحية التي تعتقد أنها غير صحيحة. وعليك أن تطلب منا تغييرها خطياً وأن نخبرنا عن سبب ذلك. وقد لا نكون قادرين على تغييرها. وإن لم نستطع تغييرها، سنخبرك عن سبب ذلك.
- مطالبتنا بالإمتناع عن تقاسم وقائع حول معلوماتك الصحية. وعليك أن تطلب منا ذلك خطياً. وعليك أن نخبرنا عن الوقائع التي لا تريد تقاسمها. وعليك أن نخبرنا مع من لا نريدنا أن نتقاسم تلك الوقائع، لكن في بعض الأوقات، لا نستطيع الموافقة على طلبك. وسنخبرك عن سبب ذلك.
- الرجوع عن موافقتك على تقاسم معلوماتك الصحية. إن كنت قد وقعت على إستمارة تصريح، يمكنك الرجوع عنها في أي وقت، لكن عليك أن تقوم بذلك خطياً. ولن يغير ذلك أي وقائع سبق لنا أن تقاسمناها.
- مطالبتنا بالاتصال بك بطريقة مختلفة أو على عنوان مختلف. وعليك أن نخبرنا ذلك خطياً.
- طلب إخطار جديد بممارسات خصوصية دائرة DHS.

## الأسئلة أو الشكاوى

هل لديك أسئلة حول هذا الإخطار؟ يرجى الإتصال بالرقم 1-888-863-6178. وفي مقاطعة ديفدسون، إتصل بالرقم 313-5790. المبرقة رقم 1-800-270-1349.

هل لديك شكوى حول الطريقة التي تمت بها معاملة معلوماتك الصحية الخاصة؟ يمكنك الإتصال أو مخاطبة أحد المكاتب المدرجة أدناه لطرح أسئلة أو رفع شكوى. ولن تفقد أهليتك إذا رفعت شكوى أو طرحت سؤالاً.

وفقاً للقانون الفدرالي للحقوق المدنية وأنظمة وسياسات "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture (USDA)، يحظر على وزارة USDA ومؤسساتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة أو المديرية لبرامج وزارة USDA، التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقدات الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الإنتقام بسبب نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تموله وزارة USDA. وعلى الأشخاص ذوي

الإعاقات والمتطلّبين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات برامج (مثل بريل والطباعة بالأحرف الكبيرة والأشرطة السمعية ولغة الإشارات الأمريكية وإلخ.) الإتصال بالمؤسسة (الخاصة بالولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للصح أو ذوي صعوبة في السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 877-8339 (800). وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون معلومات البرامج متوفرة في لغات غير الإنجليزية. ولرفع شكوى تمييز ضمن برنامج، إستكمل "إستمارة شكوى التمييز في برامج وزارة USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على العنوان [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، ولدى أي مكتب لوزارة USDA، أو اكتب رسالة موجهة لوزارة USDA متضمنة لكافة المعلومات المطلوبة في الإستمارة. ولطلب نسخة من إستمارة الشكوى، اتصل بـ 632-9992 (866). وقدم إستمارتك المستكملة أو الرسالة لوزارة USDA عبر البريد على العنوان: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو عبر الفاكس على 690-7442 (202) أو عبر البريد الإلكتروني على [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وراسل HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 أو إتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو 537-7697 (800) (TTY). وزارة USDA ووزارة HHS مؤسستان تقدمان فرصاً متكافئة للعمل. كما يجوز لك مراسلة دائرة الخدمات الإنسانية في ولاية تينيسي على العنوان: Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

### حقوق في الحصول على جلسة منصفة:

ماذا يحدث إن لم توافق على ما قرره حول طلبك أو قضيتك؟ يمكنك الإستئناف بطلب عقد جلسة منصفة. ويجوز لك التكلم بالنيابة عن نفسك خلال الجلسة. كما يجوز لك أن تحضر صديقاً أو قريباً أو محامياً للتكلم بالنيابة عنك. وعندما تسمع منا، أمامك 90 يوماً لرفع إستئناف لمخصصات برنامجي فاميليز فيرست وقسائم الطعام. وإن أردت مواصلة مخصصاتك بينما يتم إتخاذ قرار حول الإستئناف، عليك أن تطلب ذلك منا في غضون 10 أيام لبرنامجي فاميليز فيرست وقسائم الطعام. وإن خسرت قضية الإستئناف، قد تجبر على إعادة دفع المخصصات التي تلقيتها أثناء وقت إتخاذ قرار حول الإستئناف. وإن أردت رفع إستئناف، اخبر مسؤول قضيتك لدى دائرة DHS. ويمكنك أيضاً الإتصال بمركز خدمة مساعدة العائلة على الرقم 1-866-311-4287. هذا الرقم مجاني.

### إذن الإفراج عن سجلات حضور المدرسة:

أنا (المشارك) أعطي إذناً لدائرة تعليم تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج لدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسة للأطفال الذين شملتهم على هذا الطلب. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما فيها أرقام الضمان الإجتماعي، لمساعدتي على الإيفاء بمسؤولياتي في برنامج فاميليز فيرست وسيتم تدمير السجلات عندما لا تعد مطلوبة.

### إذن الإتصال بي:

أوافق على أنه يجوز لدائرة DHS أن تتصل بي عبر البريد الأمريكي أو عبر الهاتف على العنوان والأرقام المذكورة على إستمارة طلبي، وأن تترك رسائل عندما أكون غير متوفر، وذلك حسبما هو ضروري لتزويد المعلومات حول إستمارة طلبي للمخصصات/الخدمات أو المخصصات/الخدمات التي أتلقاها حالياً.