



التقرير المرحلي الخاص بمساعدات برنامج SNAP

معرف الأخصائي	تاریخ المراسلة:
رقم الحالة	من
مجموعة المساعدة	رقم الهاتف

! أكمل تقريرك المرحلي الخاص ببرنامج (SNAP).

يرجى إكمال النموذج المرفق وتوقيعه وتقديم إثبات على التغييرات وإعادته إلى مكتب JFS بالمقاطعة بحلول الخامس عشر من الشهر الجاري.

ملاحظة: ستتوقف إعانت برنامج SNAP الخاصة بك إذا لم تعد إرسال تقريرك بحلول هذا الموعد النهائي. لا يؤثر ذلك على أي مساعدة طبية تتلقاها منا خاصة ببرنامج Medicaid.

ما هو التقرير المرحلي ولماذا أحتاج إلى ملء هذا النموذج؟

- التقرير المرحلي هو مراجعة تتم في منتصف المدة لمراجعة حالة لمعرفة أي تغييرات. سوف يستخدم مكتب JFS بمقاطعتك المعلومات التي تقدمها للتأكد من أنك ما زلت مؤهلاً وأنك تحصل على المبلغ الصحيح من الإعانات.
- إذا لم تقم بإعادة إرسال هذا النموذج بحلول الموعد النهائي، فستتوقف إعانتك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة لاستكمال النموذج أو كانت لديك أسئلة أو استفسارات، يرجى الاتصال بمكتب JFS بمقاطعتك.

ما هي التغييرات التي يجب على الإبلاغ عنها ولماذا؟

- أبلغ عن أي تغييرات ظهرت على أفراد أسرتك وقدم إثباتاً على هذه التغييرات.
- قد تؤدي التغييرات التي تبلغ عنها إلى زيادة الإعانات أو إنقاصها أو إلغائها.

كيفية التعامل مع التقرير المرحلي:

يمكنك استكمال هذا النموذج وإرساله عبر البريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس أو إحضاره إلى مكتب JFS بالمقاطعة. وإذا قمت بإحضاره إلينا، فسوف تحصل على إيصال بذلك.

وفي حال تغير عنوانك: عليك إبلاغ مكتب JFS
بالمقاطعة على الفور.
وإذا لم يكن لدى مكتب JFS عنوانك الصحيح،
فلن تحصل على المعلومات التي تحتاجها للاستمرار
في تلقي المساعدة.



كيفية إكمال تقريرك المرحلي عبر الإنترنت:

- قم بتسجيل الدخول أو إنشاء حساب على ssp.benefits.ohio.gov
- انقر فوق قسم "Access" (تسجيل الدخول) على يمين الشاشة
- اختر "Interim Reporting" (التقارير المرحلية) واتبع التعليمات

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسانية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو العلاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو النتقام، أو التأثير لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تناول معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي العلاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الوالية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن لأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التابع الفيدرالية على رقم 800-8339-877.

لتقدم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/> ، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترن特 على: AD-3027 Form

USDA-OASCR%20P-Complaint-Form- 0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf ، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 1071-620-620 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل AD-3027 على:

العنوان البريدي:

Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
;Alexandria, VA 22314



الفاكس:

202-(833)-256-1666 أو 690-7442 (833) أو



البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov



هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

يرجى عدم إرسال معلومات، مثل طلبات التقدم أو وثائق الإثبات، إلى عنوان وزارة الزراعة الأمريكية (United States Department of Agriculture (USDA)) المذكور أعلاه. فهذا العنوان مخصص للشكوى بخصوص الحقوق المدنية فحسب. يرجى إرسال أوراق الطلب أو عمليات التحقق إلى مكتب JFS المحلي بالمقاطعة.

التقرير المرحلي الخاص ببرنامج SNAP

يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة الواردة بهذا النموذج. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكتب إجاباتك على ورقة إضافية وأرفقها بهذا النموذج.

أكمل بياناتك أدناه:

مجمل الدخل الإجمالي (الدخل المكتسب وغير المكتسب)

حجم الأسرة

الخطوة رقم ١ : إكمال المعلومات في هذا المربع

رقم الهاتف الأساسي

الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

عنوان الشارع (إذا كان مختلفاً)

العنوان البريدي

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الخطوة ٢ : الإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على أفراد أسرتك في هذا المربع

(أ) هل طرأ أي تغيير على أفراد أسرتك؟

لا - لم يطرأ أي تغيير على أفراد أسرتي

نعم - أكمل المربعات أدناه

تاريخ الميلاد

صلة القرابة

الاسم الشخص الأول (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

إضافة

تاريخ الميلاد

صلة القرابة

الاسم الشخص الثاني (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

إزالة

إضافة

(ب) هل انتقلت أسرتك إلى منزل آخر؟

لا - أسرتي لم تنتقل

نعم - انتقلت أسرتي إلى عنوان آخر اكتب عنوان المراسلة الجديدة:

إذا كانت إجابتك "نعم - انتقلت أسرتي إلى منزل آخر"، فهل تغيرت تكاليف السكن؟

لا - تكاليف سكني لم تتغير

نعم - لقد تغيرت تكاليف السكن. أملاً المربعات أدناه، وأرفق إثباتاً إذا كنت ترغب في أن يستخدم مكتب JFS بمقاطعتك تكلفة السكن في تحديد الإعانات الخاصة بك

تأمين المنازل شهرياً دولار	الضرائب العقارية شهرياً دولار	الإيجار أو الرهن العقاري الشهري دولار
-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------

ملاحظة: يرجى إرفاق إثبات بكل النفقات

أدفع مقابل المرافق التالية (حدد كل ما ينطبق):

أمثلة على المستندات المطلوب إرفاقها:

- فواتير المرفق
- عقد الإيجار
- تأمين المنزل

الصرف الصحي

الغاز

القمامنة

الهاتف

الكهرباء

المياه

(ج) هل طرأ أي تغيير على الدخل الشهري لأي من أفراد أسرتك؟ (على سبيل المثال: تضمين التغيرات في معدل الأجر بالساعة، والراتب، وحالة التوظيف بدوام كامل أو جزئي)

لا لم يحدث أي تغيير

نعم - أكمل المربعات أدناه و أرفق إثباتاً (على سبيل المثال: كشوفات الأرباح والرواتب، ونماذج بيان الأجر والضرائب (W-2))

ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع التغيير	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع التغيير	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع التغيير	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

(د) إذا كنت تخضع لمتطلبات العمل الخاصة بالبالغين الأصحاء جسدياً وليس لديهم معالين، فهل انخفضت ساعات عملك إلى أقل من ٢٠ ساعة في الأسبوع (أو ٨٠ ساعة في الشهر)؟

لا لم يحدث أي تغيير

نعم - انخفضت ساعات عملك إلى أقل من ٢٠ ساعة في الأسبوع

لا ينطبق - لا ينطبق

(هـ) هل تغير الدخل غير المكتسب لأي شخص بأكثر من ١٠٠ دولار؟ (مثال: دخل الضمان التكميلي، وإعالة الطفل، وإعانات البطالة.)

لا لم يحدث أي تغيير

نعم - أملاً المربعات أدناه و أرفق إثباتاً

ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع الدخل	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
-------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------

ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع الدخل	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
ما المبلغ الذي يحصل عليه شهرياً؟ دولار	نوع الدخل	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
(و) هل حدث أي تغيير في مبلغ إعالة الطفل الذي يدفع؟		
لا - لم يحدث أي تغيير نعم - املاً المربعات أدناه و أرفق إثباتاً		
نفقات إعالة الطفل في شهرياً		
(ز) هل ربحت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك مبلغ ٤٠٠ دولاراً أو أكثر (قبل الاستقطاعات الضريبية) في مكاسب اليانصيب أو المقامرة؟		
لا/لا ينطبق نعم - املاً المربعات أدناه و أرفق إثباتاً		
مبلغ المكاسب دولار	تاريخ تحقيق هذه المكاسب	الاسم (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)



تملأة هذا النموذج في الصفحة التالية

الخطوة ٣: اقرأ النموذج بعناية وقم بالتوقيع عليه مع كتابة التاريخ

بالتوقيع على هذا النموذج:

- أعي وأقر، تحت طائلة عقوبة الحبس باليمين، بأن جميع إجاباتي على هذا التقرير المرحلي صحيحة وكاملة بحسب علمي ومعرفتي.
- أعي أن عقوبات الاحتيال هي كما يلي: قد يحكم علي بالسجن لمدة تصل إلى ٢٠ عاماً وفرض غرامة تصل إلى ٢٥٠,٠٠٠ دولار، وقد يتبعن علي سداد الإعانات إذا لم أكن مؤهلاً للحصول عليها. وفي المرة الأولى التي أخالف فيها القواعد عن عمد، لن أتمكن من الحصول على إعانات برنامج SNAP لمدة عام واحد، وفي المرة الثانية لمدة عامين، وبعد المرة الثالثة لن أتمكن من الحصول على إعانات برنامج SNAP مرة أخرى.
- أعي وأوافق على تقديم جميع المستندات لاستكمال تقريري المرحلي.
- أعي وأافق على أن مكتب JFS في مقاطعتي قد يتصل باشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لأهليتي في الحصول على هذه الإعانات ومعرفة مستوى الإعانات التي أحتاج إليها.
- أفهم وأعي أنه في بعض الحالات، قد يطلب مني الموافقة على قيام مكتب JFS في مقاطعتي بإجراء أية اتصالات لازمة لتحديد أهليتي.
- أفهم وأعي أن أي تغييرات أبلغت عنها في هذا الإشعار قد تؤدي إلى تقليل الإعانات أو إنهائها.
- أفهم وأعي أنه بعد إعادة إرسال هذا النموذج، لا يزال يتبعني على الإبلاغ عن التغييرات التالية التي قد تحدث قبل إعادة التصديق:
 - ١) عندما يتجاوز إجمالي دخلي الشهري حد الدخل الشهري لمستوى حد الفقر الفيدرالي البالغ ١٣٠٪ بالنسبة لحجم مجموعة المساعدة الخاصة بي،
 - ٢) إذا كان أحد أعضاء مجموعة المساعدة الخاصة بي يخضع لمتطلبات العمل للبالغين الأصحاء جسدياً وليس لديهم معالون وكان عدد ساعات العمل الخاصة بي/بهم يقل عن ٢٠ ساعة في الأسبوع أو ٨٠ ساعة في المتوسط شهرياً،
 - ٣) إذا ربح أي فرد من أفراد أسرتي مبلغ ٢٥٠,٤ دولاراً أو أكثر في مكاسب اليانصيب أو المقامرة.

التاريخ

التوقيع

الخطوة ٤: أعد إرسال هذا النموذج مع إثبات أي تغييرات بحلول الموعد النهائي المحدد في صفحة ١ !

املاً النموذج حسب المقاطعة:

عنوان المقاطعة	جهة الاتصال بالمقاطعة	
رقم الحالة	رقم الفاكس الخاص بالمقاطعة	رقم الهاتف الخاص بالمقاطعة