

شعبة الموارد البشرية
إدارة الإستثمارات الأُسُرية
طُلب المعونة

نحن في إدارة الإستثمارات الأُسرية ملتزمون بباتاحة الفرص ، وتوفير كافة سبل الراحة في الحصول على خدماتنا ، والإستفادة من برامجنا ، وأنشطتنا ، وبرامجنا التعليمية ، وفرص التوظيف لكافة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة . لو كان في تقديرك أنك بحاجة للمساعدة ، أو لو كُنت بحاجة إلى تجهيزات خاصة ومعقولة رجاء الإتصال بمدير حالتك أو الإتصال برقم الهاتف المجاني 1-800-332-6347 لو كُنت بحاجة للمساعدة ، رجاء إستكمال البيانات الموجودة بالصفحة الأولى من هذه الإستمارة ، ثم وقع عليها .

الإسم : _____
(لإسم العائلة) (الإسم الأول) (الحرف الأول من الإسم الأوسط)

العنوان : _____
(رقم البناية وإسم الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

التوقيع : _____
(رقم تليفون المنزل) (رقم الهاتف الخليوي) (البريد الإلكتروني)

التاريخ : _____

رجاء إستكمال بيانات الجُزء التالي . رجاء تعبئة كافة البيانات الخاصة بك بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بجميع الأشخاص الذين يعيشون معك . ضع إسمك وبياناتك بالسطر رقم (1) .

أ . الإسم (إسم العائلة الأول الأوسط قبل الزواج)	صلة القرابة لك	الحالة الإجتماعية	الرقم القومي	تاريخ الميلاد	الجنس ذكر/أنثى	الأصل العرقى	هل تطلب المساعدة لهذا الشخص	رقم هوية العميل (إستخدام المكتب)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

ب . رجاء إضافة أي آباء أو أمهات غير موجودين مع أطفالهم ، وكذلك أسماء الأزواج أو الزوجات الحاليين أو السابقين والذين لا يعيشون معك حالياً .

الإسم الكامل للآب أو الأم المتغيب	تاريخ الميلاد	الرقم القومي	رقم هوية العميل (لإستخدام المكتب فقط)
1.			
2.			
3.			

النهائية

لإستخدام المكتب فقط

<u>Cat.</u>	<u>AU#'s</u>	<u>Status</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<u>Cat.</u>	<u>AU#'s</u>	<u>Status</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WORKS SCREEN

Case reassign needed:

From _____
CURRENT WORKER OF RECORD

To _____
NEW WORKER OF RECORD

Wage Screened: _____

Clearer's Initials: _____

(إستمارة طلب المساعدة)

ج . رجاء كتابة إسم أي شخص مقيم بالسكن لو كانت حاملاً:

_____ / _____
(الإسم) (الإسم)

_____ / _____
(تاريخ الولادة المتوقع)

_____ / _____
(تاريخ الولادة المتوقع)

د . رجاء كتابة إسم أي شخص مقيم بالسكن لو كان من ذوي الحاجات الخاصة:

_____ / _____
(الإسم)

_____ / _____
(نوع الإعاقة)

_____ / _____
(الإسم)

_____ / _____
(نوع الإعاقة)

هـ . ما هي نوع المساعدة التي تتلقاها أنت أو أي من الأفراد المقيمين معك حالياً؟

هـ . ما هي نوع المساعدة التي تلقيتها أنت أو أي من الأفراد المقيمين معك في الماضي ؟

ما هو الإسم الذي تم إستخدامه عند تلقي المساعدة

ما هو الإسم الذي تم إستخدامه عند تلقي المساعدة

نوع المساعدة

نوع المساعدة

_____ .1

_____ .1

_____ .1

_____ .1

_____ .2

_____ .2

_____ .2

_____ .2

_____ .3

_____ .3

_____ .2

_____ .3

و . ما هو إجمالي الدخل الذي حصلت عليه أو تتوقع الحصول عليه في الشهر الحالي ؟ _____
(مصدر الدخل) ، \$ _____ المبلغ ، _____ ليس هناك دخل

ز . هل أنت أو أي فرد من الأفراد المقيمين بالسكن موظف حالياً ؟ _____ نعم ، _____ لا
ح . ما هو نوع المساعدة التي تحتاجها أنت في الوقت الحالي ؟ (رجاء تحديد كافة الاحتياجات من القائمة التالية)

_____ مساعدة مالية

_____ خدمات رعاية الأطفال

_____ خدمات ورعاية طبية

هل عليك أية فواتير أو إلتزامات مالية لم تدفعها خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية ؟

_____ نعم ، _____ لا

_____ طوابق طعام

ط . هل تواجه أي من المشاكل و الصعوبات التالية ؟

_____ قطع الخدمات كالمياه أو الكهرباء

_____ الطرد من السكن أو بيع إجباري

_____ عدم توفر سكن للمعيشة

_____ مصاعب أخرى : رجاء تحديدها _____

ي . هل تلقيت أنت أو أي من الأفراد القاطنين معك بالسكن على أية مساعدة من ولاية أخرى غير ميريلاند ؟ _____ نعم ، _____ لا

لو كانت إجابتك بنعم ، من أين _____ ، ومتى _____

ك . هل يمتلك أي من الأفراد الذين يطلبون المساعدة الطبية للأطفال أي نوع من أنواع التأمين الصحي بوظائفهم ؟

_____ نعم ، _____ لا

ل . هل قام أي من الأفراد الذين يطلبون المساعدة الطبية للأطفال بالتخلي عن التأمين الصحي بوظائفهم خلال الأشهر الستة (6)

الماضية ؟

_____ نعم ، _____ لا

لك الحق الكامل في تقديم طلب للحصول على المعونات الغذائية فوراً ، وذلك بكتابة إسمك وعنوانك والتوقيع على الإستمارة الصفحة الأولى من هذه الإستمارة المخصصة ل "طلب المساعدة" . وسوف نقوم بتوفير المساعدة المطلوبة من تاريخ إستلامنا للإستمارة المُعبأة . ربما تتمكن أنت من الحصول الفوري على طوابق التغذية "فوود إستامبس" لو إنطبق عليك واحداً من الشروط التالية :

• لو زادت تكاليف إيجار السكن أو القسط الشهري بالإضافة إلى تكاليف الماء والكهرباء والخدمات السكنية الأخرى عن إجمالي دخلك الشهري .

• لو كان إجمالي دخلك الشهري يقل عن مبلغ \$150 دولار ، وإذا ما كان إجمالي ما لديك من مصادر مثل قيمة المبلغ المتاح عندك بدفتر الشيكات أو حساب الإدخار بالبنك يصل إلى مئة دولار \$100 أو أقل .

• لو كانت أسرته تعتبر إحدى الأسر المهاجرة ، أو من بين العمال الموسميين بالمزارع .

تمنع وزارة الزراعة بالولايات المتحدة ممارسة أي نوع من التفرقة في التعامل مع عملائها ، أو موظفيها ، أو المتقدمين للتوظيف بها ، على أي أساس بما في ذلك التفرقة على أساس العرقي ، أو اللون ، أو البلد الأصلي ، أو العمر ، أو الإعاقة ، أو الجنس ، أو الديانة ، أو كوسيلة للإنتقام ، أو على أساس المعتقدات السياسية ، أو الحالة الإجتماعية أو حضانة الأطفال ، أو الميول الجنسية ، أو لو كان مصدر إجمالي دخل الفرد أو جزء من دخله يتم الحصول عليه عن طريق المساعدات الإجتماعية ، أو معلومات صحية وراثية ، لا نفرق على أساس أي من تلك العوامل في التوظيف أو في الإستفادة من أي من برامجنا التي نتبناها أو تمويلها الوزارة (لن تنطبق كل هذه الشروط علة كافة البرامج أو على فرص التوظيف)

لو كنت ترغب في تقديم شكوى خاصة بأي نوع من أنواع التفرقة ، رجاء إستكمال بيانات إستمارة "الشكاوى ضد التفرقة والخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية" والموجودة على الموقع الإلكتروني

www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html

أو يمكنك الحصول على إستمارة الشكوى من أي مكتب من مكاتب الوزارة ، أو الإتصال بالهاتف 9992-632(866) ، ثم قم بإرسال الإستمارة المعبئة أو خطاب الشكوى إلى الوزارة على العنوان

البريدي : US Department of Agriculture, Director

Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue,

S.W, Washington, DC 20250-9410,

أو على الفاكس رقم 7442-690(202)

أو على البريد الإلكتروني program.intake@usda.gov

ويمكن للأشخاص الصم أو الذين لديهم صعوبة السمع أو الكلام

الإتصال بالرقم المخصص لهم 8339-877(800)

أو بالرقم المخصص لمتحدثي الأسبانية 6136-845(800)

وللحصول على أية معلومات إضافية متعلقة ببرامج المساعدة في

التغذية البديلة يمكنكم إما الإتصال بهاتف المعونة (SNAP)

بالوزارة على الرقم المباشر 5689-221(800) وهو نفس الرقم

المتاح أيضاً لمتحدثي اللغة الأسبانية ، ويمكنكم كذلك الإتصال بهاتف

المعلومات بولاية ميريلاند 6347-332-1-800

وزارة الزراعة الأمريكية هي مصلحة توفر الفرص المتساوية في

التوظيف وتوفير الخدمات .

