

واحد منابع انسانی
اداره سرمایه گذاری بر خانواده
درخواست کمک

سازمان سرمایه گذاری بر خانواده متعهد است که خدماتی از قبیل دسترسی به محل سکونت مناسب، برنامه ها، فعالیت ها، آموزش و اشتغال برای افراد و معلولین ارائه نماید. اگر شما نیاز به کمک دارید و یا احتیاج به درخواست مسکن مناسب دارید، لطفاً با مسئول پرونده تان به شماره ۰۰۳۳۲۰۶۳۴۷-۸۰ تماس بگیرید.

برای درخواست کمک، این بخش را تکمیل کرده و نام خود را ثبت و امضاء کنید.

شهرت: _____ نام فامیل _____ نام _____ حرف اول نام میانی _____

آدرس: _____ شماره پلاک منزل و نام خیابان _____

_____ شماره تلفن منزل _____ شماره تلفن موبایل _____

آمضاء: _____

آدرس پستی: _____ (اگر متفاوت از محل سکونت است)

_____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

_____ آدرس پست الکترونیک (ایمیل) _____

تاریخ: _____

لطفاً قسمت های زیر را پر کنید. این قسمت ها را در مورد خود و تمامی افرادی که با شما زندگی میکنند کامل کنید. نام خود با در خط شماره یک پر کنید.

الف. شهرت نام فامیل	نام	نام میانی	نام فامیل قبل از ازدواج	مناسبت با شما	وضعیت تاهل	شماره تامین اجتماعی (شماره سوشیال سیکیورتی)	تاریخ تولد	جنسیت زن/مرد	نژاد	آیا برای این شخص درخواست می کنید؟	شماره شناسایی مشتری (فقط برای استفاده دفتری)
۱.											
۲.											
۳.											
۴.											
۵.											
۶.											

ب. لطفاً اسامی پدر یا مادری که با فرزند زندگی نمی کنند یا در حال حاضر با شما زندگی نمی کنند را ذکر نمایید.

نام کامل پدر یا مادری که با فرزند زندگی نمی کنند	تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی (شماره سوشیال سیکیورتی)	شماره شناسایی مشتری (فقط برای استفاده دفتری)
۱.			
۲.			
۳.			

-پایان-

***** فقط برای استفاده دفتری *****

<p><u>مورد لازم به و آگذاری است</u></p> <p>از: _____ کسی که در حال حاضر روی پرونده کار می کند</p> <p>به: _____ مسئول جدید پرونده</p>	<p><u>بازدید کار</u></p>	<p><u>طبقه بندی</u></p> <p><u>وضعیت</u> _____</p> <p><u>واحد</u> _____</p> <p><u>طبقه بندی</u> _____</p>	<p><u>وضعیت</u> _____</p> <p><u>واحد</u> _____</p> <p><u>طبقه بندی</u> _____</p>
--	--------------------------	--	--

حروف اول نام تأیید کننده: _____

درآمد بررسی شد: _____

درخواست کمک

پ: نام هر کدام از اعضای خانواده که حامله می باشند را ذکر کنید: _____ نام _____ تاریخ زایمان _____ / _____ نام _____ تاریخ زایمان _____

ت: نام تمامی اعضای خانواده که دارای معلولیت هستند را ذکر کنید: _____ نام _____ نوع معلولیت _____ / _____ نام _____ نوع معلولیت _____

ث: در حال حاضر، شما و یا اعضاء خانواده تان چه کمکی دریافت می کنید؟ شما و یا اعضاء خانواده تان چه نوع کمکی را در گذشته دریافت کرده اید؟

تحت چه نامی	نوع کمک	تحت چه نامی	نوع کمک
_____ ۱- _____	_____ ۱- _____	_____ ۱- _____	_____ ۱- _____
_____ ۲- _____	_____ ۲- _____	_____ ۲- _____	_____ ۲- _____
_____ ۳- _____	_____ ۳- _____	_____ ۳- _____	_____ ۳- _____
_____ ۴- _____	_____ ۴- _____	_____ ۴- _____	_____ ۴- _____

وزارت کشاورزی ایالات متحده تبعیض علیه مشتریان، کارکنان و متقاضیان را برای اشتغال بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت، جنسیت، مذهب، هویت جنسی، انتقام، و در موارد خاص اجرایی، عقاید سیاسی، وضعیت تاهل، وضعیت خانوادگی و یا پدر و مادر، گرایش جنسی و تمامی یا بخشی از درآمد افراد که از هر برنامه کمک های عمومی مشتق شده است، و یا حفاظت اطلاعات ژنتیکی در اشتغال و یا در هر برنامه و یا فعالیت های انجام شده و یا بودجه توسط وزارت را ممنوع کرده است. (همه موارد ممنوعه به تمام برنامه ها و/ یا فعالیت های اشتغال اعمال می شود)

اگر شما مایل به شکایت برای برنامه حقوق مدنی هستید، فرم شکایت برنامه را که در وب سایت USDA وجود دارد را کامل کنید. شما این فرم را می توانید در آدرس ذیل پیدا کنید:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html

و یا به هر یک از دفاتر USDA بروید و یا با شماره فوق ۸۶۶-۶۳۲-۹۲۹۹ تماس گرفته و برای فرم درخواست نمایید. فرم شکایت تکمیل شده را برای ما از طریق پست به آدرس ذیل ارسال نمایید.

U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication,
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20250-9410

یا توسط فکس به شماره ۲۰۲-۶۹۰-۷۴۴۲ فرستاده، یا با پست الکترونیک به آدرس program.intake@usda.gov بفرستید.

افرادی که ناشنوا هستند، دارای مشکل شنوایی هستند و یا دارای معلولیت گفتاری هستند می توانند با USDA از طریق سرویس رله فدرال با شماره ۸۰۰-۸۷۷-۸۳۳۹ و برای زبان اسپانیایی با شماره ۸۰۰-۸۴۵-۶۱۳۶ تماس گیرند.

برای هر گونه اطلاعات دیگر برای مسائل مربوط به برنامه کمک در مکمل تغذیه SNAP، به شماره های اختصاص داده شده به USDA SNAP که عبارتند از ۸۰۰-۲۲۱-۵۶۸۹ که همچنین به زبان اسپانیایی است و یا به اطلاعات مریلند با شماره ۴۱۰-۳۳۲-۶۳۴۷ تماس بگیرید.

USDA اداره ایی است که فرصت های برابر استخدامی ارائه می دهد.

ج: چه مقدار و نوع درآمدی را برای این ماه دریافت کردید یا انتظار دارید که دریافت کنید؟ نوع درآمد: _____ مبلغ به دلار: _____

چ: آیا شما یا دیگر اعضاء خانواده تان شاغل می باشید؟ بله _____ خیر _____

ح: در حال حاضر چه نوع کمکی لازم دارید؟ (تمامی مواردی را که لازم دارید علامت بزنید)

_____ کمک نقدی

_____ خدمات مراقبت از کودکان

_____ کمک های پزشکی

_____ آیا شما هیچ گونه صورتحساب پرداخت نشده از سه ماه گذشته دارید؟ بله _____ خیر _____

_____ کمک برای مواد غذایی

خ: آیا شما هیچ یک از مشکلات ذیل را دارید؟

_____ قطع آب، گاز یا برق

_____ تخلیه مسکن و یا از دست دادن منزل

_____ جایی برای اقامت نداشتن

_____ نداشتن وسیله گرم کننده

_____ نبود غذا

_____ عدم کفایت مالی برای مراقبت از کودکان

_____ دیگر مشکلات: لطفاً آنها را ذکر کنید

د: آیا شما و یا کسی از اعضاء خانواده شما از دیگر ایالتها غیر از مریلند کمک دریافت کرده است؟ بله _____ خیر _____

اگر جواب مثبت است: در کجا: _____ کی: _____

ذ: آیا کسی که درخواست برای برنامه بهداشت کودکان در مریلند می کند هیچ گونه بیمه درمانی در رابطه با کارش دارد؟ بله _____ خیر _____

ر: آیا کسی که درخواست برای برنامه بهداشت کودکان در مریلند می کند بیمه کارمندی شان را در شش ماه گذشته قطع کردند؟ بله _____ خیر _____

شما حق دارید که فوراً برای دریافت SNAP/مزایای مکمل غذایی درخواست کنید. برای این کار باید نام و آدرس را در فرم پر کنید و این فرم برای درخواست کمک را امضا نمایید. مزایا از تاریخی که ما این فرم را دریافت میکنیم ارائه می شود. کمک برای کپن مواد غذایی ممکن است فوراً به شما تعلق گیرد. در صورتیکه شما واجد شرایط یکی از موارد ذیل باشید:

- اجاره ماهانه یا وام مسکن و آب و برق خانوار شما بیش از درآمد و منابع درآمد خانواده شما نباشد.
- درآمد ناخالص ماهیانه خانواده شما کمتر از ۱۵۰ دلار است، و منابع درآمد خود را، مانند حساب بانکی و یا حساب های پس انداز، ۱۰۰ دلار یا کمتر باشد.
- خانواده شما یک خانواده مهاجر و یا کارگر مزرعه فصلی است.

اگر شما برای دریافت کوپن های مواد غذایی فوراً واجد شرایط باشید، ما در مورد فرم شما در طی هفت (۷) روز از تاریخ پر کردن و امضاء این فرم اقدام میکنیم.