

## التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)

### تعليمات لإكمال إستمارة التقديم

- حاول أن تجيب على أكبر عدد ممكن من الأسئلة
- في الصفحة رقم **1** من إستمارة التقديم، اكتب رقم هاتفك الذي يُمكن الإتصال بك عن طريقه في أيام الدوام الرسمي أو يُمكن ترك رسالة صوتية لك.
- تذكّر أن توقع إسمك قبل أن تُقدّم إستمارة تقديمك
- تأكد من أن تقرأ التنبيه حول حقوقك و واجباتك والعقوبات .
- يُمكنك أن تُقدّم إستمارة غير كاملة عن طريق كتابة اسمك وعنوانك في صفحة رقم **1** وتوقيعك في صفحة رقم **13** و إكمال بقية الاستمارة لاحقاً. هذا الحد الأدنى من المعلومات سيُثبت تاريخ تقديمك للمعاملة. ومن ثم بإمكانك أن ترسل المعاملة عن طريق البريد إلى قسم المساعدات الانتقالية : DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420 أو عن طريق الفاكس: 6178878765
- سيتم تفعيل فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) من التاريخ الذي قدمت به معاملتك.

يجب أن تتم مقابلتك: ستقوم مكتب المساعدات الانتقالية DTA بمراجعة استمارتك عند إستلامها ومن ثم سيتصل بك لمناقشة المعلومات التي قدمتها في الاستمارة.

ملاحظة: إذا لم يستطع مكتب المساعدات الانتقالية DTA عن الملف الاتصال بك فسوف يتم إرسال رسالة لك بموعد محدد للمقابلة على الهاتف .

يجب عليك أن تُقدّم إثباتات: خلال مقابلتك ستشرح DTA الإثباتات والمعلومات التي تحتاج أن تقدمها من أجل استلام فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية . ستقوم DTA بإرسال قائمة التدقيق بالبنود المراد منك تزويدها. لديك **30** يوم من تاريخ استلام المعاملة لتزويدنا بالإثباتات التي نحتاج. تأكد من أن تطلب المساعدة من DTA إذا كنت تواجه صعوبة بالحصول على هذه الإثباتات. بإمكانك أن ترسل هذه الإثباتات إلى المساعدات الانتقالية على العنوان التالي:

DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420.

أو عن طريق الفاكس: 6178878765

القرار: سوف تستلم قراراً بخصوص معاملتك في غضون 30 يوم.

ينبغي عليك أن تقص وتحفظ بهذه الورقة لسجلاتك

## ما هي الإثباتات التي سأتاحتها؟

هذه هي معظم الإثباتات التي سوف تحتاجها عندما تُقدِّم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)

### ■ هوية تُظهر اسمك وعنوانك:

إذا لم يكن لديك عنوان فيجب أن نخبرنا أين نُقيم

### ■ أثبات الدخل:

رسالة المنحة أو كشف حساب إيداع مباشر للدخل الغير مُكْتَسَب ومن ضمنه مبالغ إيرادات الفوائد وتكرار الدفعات. إذا كنت تعمل فقدم آخر أربع قسائم رواتب ، أو كشف حساب إيداع مباشر ، أو نسخ من الصكوك.

### ■ أرقام الضمان الاجتماعي لجميع الأفراد المقدمين للطلب.

### ■ إثبات الوضع الشرعي لغير المواطنين:

إذا كنت غير مواطن ، قَدِّم إثبات للوضع القانوني لغير المواطن

### ■ إثبات مصاريف معينة: على الرغم من كونها اختيارية ولكن إذا قدمت اثباتاً لإحدى كلا الفقرتين التاليتين فقد تزداد فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك:

#### ○ مصاريف طبية

إذا كنت أنت أو أي شخص آخر في عائلتك بعمر 60 أو أكبر أو لديك إعاقة موثقة ، يجب التحقق من صحة المصاريف الطبية المدفوعة من مصروف الجيب بوصولات الدفعات المساعدة أو أقساط التأمين الصحي ، أو وصولات أسنان اصطناعية أو نظارات طبية أو سماعات مساعدة أو بطاريات سماعات مساعدة أو أدوية بوصفة طبية أو مسكن آلام موصوف من قبل الطبيب أو عقاقير من دون وصفة طبية ، و المواصلات من وإلى مواعيد الخدمات الطبية

#### ○ دفعات دعم الطفل

إثبات، مثلاً وثائق من المحكمة لدفعات دعم طفل تدفعها إلى شخص لا يسكن معك ، والمبلغ المدفوع.

أيضاً أخبرنا إذا كانت لديك أي من المصاريف المدرجة أدناه ( هذه الإثباتات خيارية ولكنها قد تزيد من فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP الخاصة بك):

- 1- **تكلفة السكن:** إيجار أو دفعات أقساط بيت أو ضرائب عقار أو تأمين أصحاب المنازل
- 2- **خدمات:** زيت تدفئة المنازل، غاز، كهرباء، هاتف ( ويشمل الهاتف النقال )، أو أي مصاريف خدمات أخرى مثل تصريف النفايات، الحطب، أو الفحم
- 3- **رعاية الأطفال أو مصاريف لرعاية البالغين المعتمدين داخل المنزل أو خارج الرعاية المنزلية**

**للمزيد من المعلومات حول كيفية الحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية ( SNAP )  
أتصل على الخط الساخن لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية ( SNAP ) 1-877-382-2363**

## دائرة المساعدات الانتقالية في ولاية ماساشوستس

### إستمارة مُسهّلة لكبار السن للتقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

( الأشخاص والأزواج بعمر 60 أو أكبر )

معلومات مقدم الطلب		
1- إملأ المعلومات الشخصية التالية رجاءاً		
رقم الضمان الإجتماعي:	أسمك (اللقب الاسم الأول أول حرف من أسم الأب )	
رقم الهاتف	هل نستطيع الاتصال بك أثناء النهار على هذا الرقم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
تاريخ الولادة	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	
العنوان: ( الشارع، رقم الشقة)		
المدينة، الولاية، الرمز البريدي		
العنوان البريدي ( إذا كان مختلفاً)	هل أنت مشرد حالياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	

2- أصلك العرقي أو سلالتك : تجميع هذه المعلومات للتأكد من أن الجميع تتم معاملتهم بعدل. جوابك طوعي، ولا يؤثر على أهليتك ولا كمية الفوائد.

الأصل العرقي: أسباني أو لاتيني  نعم  كلا

السلالة: ( أشر على كل ما يطابق)

من السكان الأصليين لأمريكا أو ألاسكا  أسيوي  أسود أو أمريكي إفريقي

أبيض  من السكان الأصليين لهاواي أو جزر المحيط الهادئ

اللغات التي تتكلمها: رجاء حدد اللغة التي تتكلمها \_\_\_\_\_

3- هل أنت مواطن أمريكي  نعم  كلا

4- هل أنت مقيم في ولاية ماساشوستس؟  نعم  كلا

5- هل لديك حالة خاصة ؟ (أشر على جميع المربعات التي تنطبق عليك)

ضعف جسدي / عقلي  ضعاف السمع  ضعاف البصر

بحاجة لمترجم  بحاجة للغة الإشارة  أخرى \_\_\_\_\_

6- هل يساعدك احد بإكمال هذه الاستمارة؟  نعم  كلا

اسم الشخص الذي ساعدك: \_\_\_\_\_

رقم هاتف الشخص الذي ساعدك \_\_\_\_\_

## معلومات العائلة

- 7 - هل أنت متزوج؟  نعم  كلا
- 8- إذا كان الجواب نعم فهل تسكن مع زوجك/زوجتك؟  نعم  كلا
- 9- هل لديك أي أطفال تحت سن ال 22 يسكنون معك؟  نعم  كلا
- 10- هل يسكن معك أشخاص آخرون ويشاركون وجبات الطعام معك؟  نعم  كلا
- 11- أدرج الأشخاص الذين يسكنون معك

علاقة الشخص بك	مواطن أمريكي	الجنس	تاريخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي	اللقب	الاسم الأول
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا					
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا					
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا					

## معلومات مالية

12- هل تستلم أنت أو أي فرد آخر في بيتك أحد أنواع الدخل التالي؟

نوع الدخل	مبلغ الدخل	تكرار الدخل (أسبوعياً ، مرة كل أسبوعين، أو شهرياً )	اسم الشخص الذي يستلم الدخل
ضمان اجتماعي	\$		
SSI	\$		
منحة	\$		
فوائد المحاربين القدامى	\$		
تعويض العمال	\$		
أجور من العمل	\$		
أخرى ( وضح ) _____	\$		
أخرى ( وضح ) _____	\$		

13- هل تدفع مصاريف للرعاية النهارية للبالغين؟  نعم  كلا

14- هل تدفع أي مصاريف طبية أخرى مثل الوصفات الطبية، الأدوية من دون وصفات طبية، تجهيزات مرضى السكري، نظارات، مصاريف أسنان، سماعات مساعدة ،... الخ؟  نعم  كلا

15- كم هو المبلغ الذي تدفعه للإيجار أو قسط البيت شهرياً؟ \$ \_\_\_\_\_

16- هل تدفع لأي مما يلي؟

- أدفع لتدفئة منزلي ( زيت ، غاز ، كهرباء ، أو غاز البروبان .... الخ) أو أشارك تكاليف التدفئة مع آخرين  نعم  كلا
- لدي مكيف هواء استخدمه في الصيف، وادفع الكهرباء أو اشتريك بدفع الكهرباء مع آخرين  نعم  كلا

• لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وادفع أجورا لاستخدامه  نعم  كلا

• أنا ادفع الكهرباء أو الغاز أو أشتراك بدفعه مع آخرين  نعم  كلا

• انا ادفع خدمات الهاتف ، ويشمل خدمات الهاتف النقال (ليس هاتفًا مسبق الدفع)  نعم  كلا

### الوكيل المفوض

17- هل تريد شخص ما آخر ليقدم على او يستلم بطاقة برنامج المساعدات الغذائية التكميلية ليشتري الطعام لك؟

نعم  كلا

الاسم الاول:	أسم العائلة:	الحرف الاول من اسم الاب:	العنوان:	رقم الهاتف:

### برنامج المساعدات الغذائية التكميلية المستعجلة

ربما تحصل على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية خلال سبعة ايام اذا تحققت اي واحد من الاتي:

• هل مجموع مدخولك و رصيدك في البنك أقل من مصاريف بيتك الشهرية؟

كلا  نعم

• هل مدخولك الشهري أقل من 150 دولار و رصيدك في البنك 100 دولار او أقل؟

كلا  نعم

• هل انت عامل مهاجر و رصيدك في البنك أقل من 100 دولار؟

كلا  نعم

## إشعار بالحقوق والواجبات والعقوبات ( الرجاء قراءتها بعناية )

أشهد تحت عقوبة الحنث بالقسم بأنني قرأت المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة ، أو تمت قراءتها لي، إن أجوبتي على الأسئلة في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة على حد علمي. وأنا أيضا أقر تحت عقوبة الحنث باليمين بأن أجوبتي على أي ملحقات قد أكمل في المستقبل ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي. افهم بأن إعطاء إفادة مزيفة أو مضللة أو محرّفة ، إخفاء أو الإمتناع عن اعطاء الحقائق، سواءاً شفهيًا او ( تحريرياً) ، لغرض الحصول على اهلية برنامج المساعدات الغذائية التكميلية ( SNAP ) يُعتبر إحتيال، و خرق مقصود لبرنامج ، ويُعاقب عليه القانون بعقوبات مدنية وجنائية.

أنا أفهم بأن المعلومات التي أقدمها مع استمارتي ستكون خاضعة للتحقيق من قبل موظفين فدراليين وحكوميين ومحليين ، لتحديد صحة المعلومات ؛ وإذا كانت أي معلومات مزيفة ، فقد يتم رفضي من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية وقد أتعرض للمحاكمة الجنائية لإعطاء معلومات مزيفة عن قصد.

أنا أفهم بأن دائرة المساعدات الإنتقالية ( DTA ) تُدير برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ولدى دائرة المساعدات الانتقالية 30 يوما من تاريخ تقديم المعاملة لتسييرها. أنا أفهم بأنني يجب أن أبلغ دائرة المساعدات الإنتقالية ( DTA ) عن أي تغيير في أسرتي من ناحية الدخل والممتلكات والعنوان ترتيب المعيشة، وحجم العائلة، والعمل أو أي تغييرات أخرى في أسرتي من شأنها أن تؤثر على اهليتنا. أنا أفهم بانني يجب أن أبلغ هذه التغييرات إلى دائرة المساعدات الإنتقالية ( DTA ) شخصيا أو عن طريق الكتابة أو عن طريق الهاتف خلال 10 أيام من تاريخ التغيير إلا إذا كان مسموح لي من قبل دائرة المساعدات الإنتقالية ( DTA ) لتبليغ التغييرات تحت قوانين التبليغ السنوية الخاصة ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو قوانين بديل فوائد انتقالية (TBA).

أفهم بان لدي الحق بالتداول مع مشرف إذا كنت غير مؤهل لفوائد SNAP برنامج المساعدات الغذائية التكميلية المسرعة وكنت لا أوافق على هذا القرار، أو إذا كنت مؤهلا للخدمة المسرعة ولكني لم أستلم فوائد SNAP برنامج المساعدات الغذائية التكميلية بانتهاء اليوم السابع بعد تاريخ تقديمي للطلب على SNAP .

أنا أفهم بانني إذا أردت أن ابلغ عن مصاريف رعاية طفل أو رعاية شخص بالغ آخر ، إيجار/قسط بيت، مصاريف ملجئ أو خدمات عامة، فقد أحصل على فوائد أكثر من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP. وأيضا افهم بأنني إذا كنت ادفع دعم طفل لفرد ليس من أفراد العائلة فبإمكاني ان ابلغ وازود دائرة

المساعدات الانتقالية DTA بدليل على هذه المصاريف. إذا لم أبلغ أو أثبت المصاريف المذكورة أعلاه، فقد يعني هذا أنني سأستلم فوائد أقل من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP كل شهر وسيتم النظر إليها على أنها إفادتي بأن عائلتي لا تريد أن تستلم استقطاع للمصاريف الغير مبلغ عنها أو التي لم يتم التحقق منها.

وكذلك أفهم أنني إذا كان عمري 60 سنة أو أكبر أو إذا كنت عاجزاً وأدفع مصاريف طبية، فيمكنني أن أبلغ عن و أقدم إثبات بهذه المصاريف إلى دائرة المساعدات الانتقالية DTA . وذلك قد يجعلني مؤهلاً لإستقطاع دخل و زيادة في فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

أفهم أن بتوقيعي أدناه فإن كل أفراد عائلتي الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 59 سنة سيكونون مسجلين تلقائياً وملتحقين ببرنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP/ET . الالتحاق التلقائي ببرنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP/ET يسمح لأفراد العائلة بالحصول على خدمات برنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية. سيتم تنبيه أفراد العائلة الغير معفيين بمتطلبات العمل، وسيتم شرح إعفاءات وعقوبات عدم الالتزام و الإحالة لنشاط وظيفي إذا كان ذلك مناسباً

بتوقيعي هذه الاستمارة فأني أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية DTA للتحقيق والتحقق من صحة المعلومات التي أعطيها والخاصة بأهليتي للحصول على المساعدات. أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية DTA للحصول على أي سجلات أو معطيات والتحقق من صحة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة مع وكالات أخرى ، ومن ضمنها وكالات فدرالية وحكومية تابعة للولاية ، سلطات الإسكان المحلية، دوائر الشؤون الاجتماعية خارج الولاية، المؤسسات المالية، و من حلول القوى العاملة Equifax والتي توفر معلومات الأجر لدائرة المساعدات الانتقالية DTA . وأيضاً أعطي الرخصة لهذه الوكالات لإعطاء دائرة المساعدات الانتقالية DTA معلومات عن عائلتي والتي تخص فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

قد ترفض أو توفّف أو تُقلل الدائرة من مساعداتك استناداً إلى المعلومات المذكورة في التقرير المستلم من حلول القوى العاملة Equifax وهي وكالة تقارير المستهلك. لدي الحق بالحصول على نسخة مجانية من تقرير الصادر من حلول القوى العاملة Equifax إذا قمت بطلبها خلال 60 يوماً من تاريخ قرار الدائرة. لدي الحق بمسائلة دقة أو كمال المعلومات في تقريرتي. بإمكانني أن أتصل ب ( Equifax ) على العنوان التالي

Equifax Workforce Solutions,

11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146

رقم الهاتف المجاني 18009967566

قد يتم التحقق من وضعك هجرتك القانوني عن طريق دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية والمعروفة سابقا بخدمة الهجرة والتجنس INS قبل أن تتم الموافقة على منحك الفوائد. أنا افهم بان دائرة المساعدات الانتقالية DTA قد تقدم معلومات من استمارة تقديمي على SNAP إلى دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية و افهم بأن أي معلومات مستلمة من دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية قد تؤثر على أهلية أفراد أسرتي للحصول على الفوائد و على كمية الفوائد

أفهم أنني بتوقيعي أدناه أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية لتبادل معلومات عني وعن الأشخاص المعتمدين علي تحت سن ال 19 مع دائرة التعليم الابتدائي والثانوي فيصبح الأشخاص المعتمدين علي مؤهلين تلقائيا لبرامج الفطور والغداء في المدرسة. وأيضا أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية لتبادل معلومات عني وعن الأشخاص المعتمدين علي تحت سن ال 5 وكل امرأة حامل من أفراد عائلتي مع دائرة الصحة العامة وبذلك تتم إحالة هؤلاء لبرنامج النساء والرُّضَع والأطفال WIC لخدمات تغذية.

انا أفهم انه بتوقيعي أدناه فإني أخول دائرة المساعدات الانتقالية DTA و المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية في ولاية ماساشوستس لمشاركة معلومات حول أهليتي لفوائد مساعدات عامة مع شركات توزيع الكهرباء والغاز و شركات الاتصالات المؤهلة عملا باتفاقيات خصوصية المعلومات المنفذة من قبل هذه الشركات لغرض وحيد وهو التأكد من أهليتي للحصول على خصم من أجور الخدمات العامة.

,أنا أيضا أخول دائرة المساعدات الانتقالية DTA على تبادل معلوماتي مع دائرة الإسكان والتطوير المجتمعي لغرض تسجيلي في برنامج التدفئة والطعام.

أفهم بأنني سوف أستلم نسخة من منشورة " من حقك أن تعرف" و منشورة برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ويجب على أن أقرأهما أو يُقرأن لي ويجب أن أفهم محتوياتهما وحقوقني وواجباتي. إذا كانت لدي أي أسئلة حول المنشورات أو أي من هذه المعلومات ، أو إذا كنت أعاني صعوبة بقراءة أو فهم أي من هذه المعلومات فيمكنني الاتصال مكتب المساعدات الانتقالية DTA على الرقم 1-877-382-2363

## الحق بالتسجيل للتصويت

أنا أفهم بان لدي الحق بالتسجيل للتصويت في دائرة المساعدات الانتقالية DTA وافهم بأن دائرة المساعدات الانتقالية DTA ستساعدني على ملئ استمارة تسجيل الناخب إذا أردت المساعدة ومسموح لي ملئ استمارة تسجيل الناخب بصورة سرية.

أفهم بأن التقديم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على كمية المساعدات التي أتلقاها من دائرة المساعدات الانتقالية DTA

## تحذير عقوبات برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

أنا أفهم إذا قمت أنا أو أحد أفراد أسرتي المشتركين ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بخرق أي من القوانين أدناه بشكل مقصود، فسيتم تجريد ذلك الشخص من أهليته للحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة سنة بعد أول خرق، سنتين بعد ثاني خرق، ومدى الحياة بعد ثالث خرق.

قد يتم حرمان شخص ما من استلام برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP من سنة إلى مدى الحياة ، و يُعَرَّم مبلغ أقصاه 250000 دولار أمريكي ، أو يُسَجَن مدة أقصاها 20 سنة ، أو كلا العقوبتان. وقد يخضع هذا الشخص للمحاكمة تحت قوانين الولاية أو القوانين الفدرالية المطبقة الأخرى . قد يُحرم هذه الشخص من استلام برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة 18 شهر إضافية إذا قررت المحكمة ذلك. القوانين هي:

- لا تعطي معلومات كاذبة أو تخفي معلومات من اجل الحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP .
- لا تتاجر أو تبيع فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP.
- لا تغير في بطاقات نقل المخصصات الالكترونية EBT للحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP التي لست مخولا باستلامها.
- لا تستخدم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لشراء سلع غير غذائية، كالمشروبات الكحولية والتبغ.
- لا تستخدم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو بطاقة نقل المخصصات الالكترونية EBT التابعة لشخص إلا إذا كنت ممثلا مخولا
-

- الأشخاص الذين يرتكبون خرق مقصود لبرنامج مالي ويتم تأكيد الخرق في جلسة طرد إدارية، سيحرمون من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لنفس الفترة الزمنية التي يحرم بها الشخص من المساعدات المالية.
- الأشخاص الذين يقدمون إفادة مزيفة أو تمثيل مزيف لهوية أو مكان سكن من أجل استلام فوائد متعددة لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP في نفس الوقت تعتبرون غير مؤهلين لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة **عشر سنين**
- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مقابل مواد خاضعة للرقابة / عقاقير غير مشروعة سيتم حرمانهم من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لفترة سنتين مقابل الخرق الأول، و مدى الحياة مقابل الخرق الثاني.
- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مقابل أسلحة نارية، ذخيرة أو متفجرات سوف يُحرمون من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مدى الحياة.
- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بقيمة 500 دولار أمريكي أو أكثر فسوف يتم تجريدهم من أهلية الحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مدى الحياة.
- قد تقدم الولاية تهمة الخرق المقصود لبرنامج ضد الشخص الذي يعرض برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو بطاقة نقل المخصصات الإلكترونية EBT للبيع عبر الانترنت أو شخصياً.
- إذا تهرب شخص لتجنب الملاحقة القانونية، الاعتقال أو الحجز بعد الإدانة بجناية أو خرق شرط من شروط الإدانة مع وقف العقوبة أو إطلاق السراح المشروط، يُعتبر غير مؤهلاً للمشاركة في برنامج المساعدات الغذائية التكميلية.
- الأشخاص الذين لا يمتلكون مع متطلبات منهاج التوظيف الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP وبدون سبب وجيه سوف يُجرّدون من أهليتهم للحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة **ثلاثة أشهر** جراء المخالفة الأولى، و **ستة أشهر** للمخالفة الثانية، و **اثنا عشر شهر** للمخالفة الثالثة. إذا كان الشخص الذي لم يمتلك للمرة الثالثة هو رب الأسرة، فسيتم اعتبار العائلة كلها غير مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة **ستة أشهر**.

- دفع ثمن الطعام الذي يتم شراؤه على بطاقة الائتمان/ على الحساب غير مسموح به وقد يتسبب بتجريد الشخص من أهلية الحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP
  - لا يسمح لأي شخص بأن يشتري منتجات بفوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بغرض رمي محتوياتها وإرجاع العلب الفارغة من أجل المال
- الحق بالحصول على مترجم**

أفهم بأن لدي الحق بالحصول على مترجم عن طريق دائرة المساعدات الانتقالية إذا لم يكن أي فرد بالغ من أفراد أسرتي المشتركين ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP يتكلم أو يفهم اللغة الانكليزية. أيضا أفهم إن بإمكانني أن احصل على مترجم لأي جلسة استماع عادلة تابعة لدائرة المساعدات الانتقالية أو أجلب مترجما بنفسني. إذا كنت أحتاج مترجماً لجلسة ، فيجب أن أتصل بقسم الجلسات على الأقل قبل أسبوع من موعد جلسة الاستماع.

### إفادة عدم التمييز العنصري

تُحرّم وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد زبائنها وموظفيها والمقدمين على وظائف لديها على أساس العرق، لون البشرة، الأصل القومي، العمر، الإعاقة، الجنس، الهوية الجنسية، الدين، الإنتقام ، إذا كان ينطبق، المعتقدات السياسية، الحالة الزوجية، الحالة العائلية ، الميول الجنسية، إذا كان بعض او كل دخل الشخص مستمد من أي برنامج مساعدات عام ، أو معلومات وراثية محمية في توظيف أو أي برنامج أو نشاط منفذ أو ممول عن طريق الدائرة. ( لن تُطبّق جميع القواعد المحرمة على جميع البرامج و/أو نشاطات التوظيف.)

إذا كنت ترغب بتقديم شكوى برنامج الحقوق المدنية ضد التمييز ، فأملئ إستمارة شكوى برنامج التمييز الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية الموجودة على الانترنت:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)

أو أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اتصل على الرقم 8666329992 لطلب الاستمارة. ويمكنك أيضا أن تكتب رسالة تحتوي على جميع المعلومات المطلوبة في الاستمارة. ثم أرسل استمارة الشكوى كاملةً أو الرسالة لنا عن طريق البريد على العنوان التالي:

U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication,

1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو عن طريق الفاكس: 2026907442

أو البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

اما بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعيفي السمع أو لديهم أعاقة كلامية فيمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمات المناوبة الفدرالية على الرقم: 8008778339 أو 8008456136 ( للغة الإسبانية). لمعرفة أي المعلومات حول التعامل مع مشاكل برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNA، فيجب على الشخص أما الإتصال على الخط الساخن لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP الخاص بوزارة الزراعة الامريكية رقم 8002215689 والمتوفر أيضا باللغة الإسبانية أو الاتصال بأرقام الخط الساخن لمعلومات الولاية ( اضغط على الرابط لرؤية قائمة أرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية) تجده على الانترنت : [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

وزارة الزراعة الأمريكية تتيح فرص متساوية للمقدمين وأصحاب العمل .

تمنع قوانين ولاية ماساشوستس التمييز والذي يشمل التمييز على أساس الأصل العرقي

لتقديم شكوى في ولاية ماساشوستس إتصل على:

Massachusetts Commission Against Discrimination,

One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108;

رقم الهاتف: 6179946000 المبرقة الكاتبة 6179946196

**توقيع مقدم الطلب:** بتوقيعي هذه الاستمارة، أشهد تحت عقوبة الحنث بالقسم بأنني قرأت المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة ، أو تمت قراءتها لي، أنا أفهم وأوافق على "الحقوق والواجبات"، إن أجوبتي في هذه الاستمارة و أجوبتي على أي ملحقات قد أكمل في المستقبل ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي.

لقد قرأت تحذير عقوبات برنامج المساعدات الغذائية التكميلية ( SNAP ) بلغتي الأصلية أو تمت قراءتها لي أو تمت ترجمتها لي. أشهد أيضا بأن جميع أفراد أسرتي المقدمين على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP هم أما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين لديهم وضعية هجرة قانونية

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ: