



إسم القضية: _____ رقم القضية: _____ التاريخ: _____

الشخص المبلغ عن تغيير: _____ رقم الهاتف: _____ رقم الضمان الإجتماعي: _____

لا

هل أنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على الإثباتات المطلوبة؟ نعم

تبليغ هام حول الإبلاغ عن تغييرات في قضيتك المتعلقة ببرنامج SNAP

إن أخبرك مسؤول قضيتك أن قضيتك هي الآن "إبلاغ مبسط" [Simplified Reporting] لمخصصات "برنامج المساعدة الغذائية الإضافية" [Supplemental Nutrition Assistance Program] (SNAP)، عليك أن تبلغنا إن كانت أسرته المعيشية تضم شخصاً بالغاً قادراً جسدياً وبدون معالين يعمل خلال ساعات نقل عن معدل 20 ساعة أسبوعياً أو إن طرأ أي تغيير في مجموع إجمالي دخلك الشهري حسبما هو مبين أدناه أو إن كان أحد أفراد الأسرة المعيشية يتلقى أرباحاً من الناصيب أو القمار تتجاوز \$4,250. وقد يقدم المشاركون إستمارة طلب للمخصصات ومواد الإعتماد لمكتب مقاطعتهم عبر البريد العادي أو التسليم باليد أو تقديم طلب إلكتروني على OneDHS.tn.gov.

إبلاغك عليك إبلاغنا إن كان مجموع دخلك الشهري (قبل إقتطاع أي شيء) قد تجاوز	إن كان العدد أدناه من الأشخاص يعيشون في منزلك ويشترون ويحضرون الطعام معاً
\$1473	1
\$1984	2
\$2495	3
\$3007	4
\$3518	5
\$4029	6
\$4541	7
\$5052	8
\$5564	9
\$6076	10

* لكل شخص إضافي، يضاف مبلغ \$512.

2022-10-1

إن تجاوز مجموع دخلك الشهري المبلغ الذي نبينه لحجم عائلتك (الأسرة المعيشية) أعلاه أو إن كنت تخضع لقواعد البالغين القادرين جسدياً وإنخفضت ساعات عملك إلى أقل من 20 ساعة أسبوعياً، عليك إخبارنا بذلك بحلول اليوم الـ 10 من الشهر التالي بعد حدوث تغييرك. إن كان أحد أفراد الأسرة المعيشية يتلقى أرباحاً من الناصيب أو القمار بمبلغ \$4,250 أو أكثر، عليك إخبارنا بذلك في غضون 10 (عشرة) أيام من إستلام الأرباح. والحرية متروكة للأسر المعيشية للإبلاغ عن تغييرات أخرى لقضايا الإبلاغ المبسط لبرنامج SNAP، ولكنك غير ملزم بالقيام بذلك. وإن أبلغت عن تغييرات، فإنها قد تؤثر على مخصصاتك. ويجب الإبلاغ عن كافة التغييرات في غضون 10 أيام بالنسبة لقضايا برنامج SNAP التي لا تتطلب الإبلاغ المبسط.

تغييرات برنامج فاميليز فيرست

ما زلت مجبراً على الإبلاغ عن كافة التغييرات لبرنامج "فاميليز فيرست" [Families First] في غضون 10 أيام. وإن أبلغت عن تغييرات، فإنها قد تؤثر على مخصصاتك. ولبرنامج فاميليز فيرست، لن تم البت بإضافة فرد جديد إلى الأسرة المعيشية إلا بعد تقديم طلب.

تغيير العنوان

العنوان الجديد؟ _____ عنوان/هاتف صاحب الملكية: _____
صاحب الملكية؟ _____ عنوان/هاتف صاحب الملكية: _____
مبلغ دفعة المنزل؟ _____ مبلغ تأمين مالك المنزل؟ _____ مبلغ ضريبة الملكية؟ _____
فواتير خدمات المرافق العامة؟ نعم _____ لا _____ إذا لا، من يدفعها عنك؟ _____
هل إنضم أحد إلى الأسرة المعيشية أو خرج منها؟ إذا نعم، من؟ _____ رقم الهاتف الجديد: _____

إضافة أفراد أسرة معيشية

إسم الشخص (الأشخاص) الواجب إضافته: _____
تاريخ (تواريخ) الميلاد: _____ ما هي صلة الشخص (الأشخاص) بك؟ _____
هل تلقى الشخص (الأشخاص) من قبل مخصصات من ولاية أو مقاطعة أو قضية أخرى؟ إذا نعم، أين ومتى؟ _____
الدخل: نعم _____ لا _____ النوع: مكتسب _____ غير مكتسب _____ عمل حر _____
إذا نعم، استكمل فترتي العمل و/أو الدخل غير المكتسب.
الموارد: نعم _____ لا _____ النوع: _____ المبلغ: _____

رقم (أرقام) الضمان الإجتماعي للشخص (الأشخاص) الطالب للمساعدة*: _____
* ستنستخدم أرقام الضمان الإجتماعي للتحقق من أجهزة الكمبيوتر قبل التمكن من إضافة أفراد جدد إلى القضية. إن كان لديك رقم ضمان إجتماعي، وكنت مواطناً أمريكياً أو أجنبياً شرعياً أو مهاجراً مؤهلاً، فعليك تقديم طلب الحصول على مخصصات إن كنت فرداً إلزامياً من العائلة. وليست دائرة DHS بحاجة إلى أرقام الضمان الإجتماعي أو وضع الجنسية/الهجرة لأفراد الأسرة المعيشية غير المقدمين لطلب مخصصات. وإن قام شخص غير مقدم لطلب مخصصات بتقديم رقم ضمانه الإجتماعي، فلن يتم إرساله إلى مصلحة "خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية" [United States Citizenship and Immigration Services] (USCIS) من أجل إثبات وضعه.

إخراج أفراد أسرة معيشية

الشخص المغادر؟
أين ذهب؟

متى؟

الإدانات الفدرالية و/أو الخاصة بالولاية

هل تمت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرتك المعيشية باستلام مخصصات TANF (مخصصات نقدية) أو مخصصات برنامج SNAP من ولايتين أو أكثر في آن واحد؟ نعم _____ لا _____
هل أنت أو أي شخص في أسرتك المعيشية مجرم فار من العدالة؟ نعم _____ لا _____
هل أنت أو أي شخص في أسرتك المعيشية منتهك لإطلاق السراح المشروط أو الخاضع للمراقبة؟ نعم _____ لا _____
هل تمت إدانتك أو إدانة أي شخص في أسرتك المعيشية بجناية متعلقة بالمخدرات وتم ارتكابها بعد 22 أغسطس/آب 1996؟ نعم _____ لا _____

العمل/رعاية الأطفال

من: _____ أين: _____ تاريخ حدوث التغيير: _____
الأجر بالساعة: _____ الساعات بالأسبوع: _____ المبلغ الشهري: _____ تاريخ الشيك الأول: تردد الدفع: _____
يوم الدفع من الأسبوع: _____ المشرف: _____ عنوان/هاتف رب العمل: _____
نفقات رعاية الأطفال: _____
تردد الدفع: _____ مقدم الرعاية: _____ الهاتف: _____

مغادرة العمل

من: _____ رب العمل: _____ رقم الهاتف: _____
يوم/تاريخ العمل الأخير: _____ تاريخ الشيك الأخير: _____
لماذا غادرت عملك؟ هل حصلت على قسيمة صرف من الخدمة؟ نعم _____ لا _____
هل قدمت طلباً لتعويض البطالة؟ نعم _____ لا _____ هل أنت مؤهل؟ نعم _____ لا _____

الدخل غير المكتسب/النفقات الطبية

فرد الأسرة المستلم للدخل: _____ هل هذا مؤقت؟ _____
مصدر الدخل: _____ المبلغ الشهري من الدخل: \$ _____ رقم المطالبة: _____
متى بدأت المدفوعات؟ _____ هل تلقيت دفعة واحدة؟ نعم _____ لا _____ المبلغ: \$ _____
كل متى ستلقى دخلك؟ _____ المخصصات مبنية على: الإعاقة؟ _____ التقدم في السن؟ _____
النفقات الطبية من الجيب الخاص: فرد الأسرة المعيشية: _____ المبلغ: \$ _____ مقدم الخدمة: _____

إذا كانت قضيتك "الإبلاغ المبسط" [Simplified Reporting] (SR) لمخصصات برنامج SNAP، تتم الموافقة على قضيتك لمدة 6 أو 24 شهراً. وإذا حصلت على اعتماد لمدة 24 شهراً، فقد تستلم إستمارة SR لـ 12 أشهر التي عليك إعادتها لمواصلة الحصول على مخصصاتك من برنامج SNAP.

وسنرسل لك الإستمارة وسنزدك بطرف يحمل عنواننا والطوابع البريدية. وإن لم تقم باستكمال وإعادة إستمارة الإبلاغ إلى مسؤول قضيتك بحلول المهلة الأخيرة، فستنتهي مخصصاتك من برنامج SNAP. وفي المرة التالية التي تجدد فيها برنامج SNAP، سنتلقى مقابلة هاتفية. ويمكنك أن تطلب مقابلة وجهاً لوجه في مكتب DHS، إن كنت تريد واحدة. بحاجة إلى الإبلاغ عن تغيير؟ لديك سؤال؟ بحاجة إلى مساعدة؟ إتصل بنا. هذا الإتصال مجاني. "مركز خدمة مساعدة الأسرة" [Family Assistance Service Center] 1-866-311-4287. نحن هنا لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحاً حتى الساعة 4:30 بعد الظهر من يوم الإثنين حتى يوم الجمعة.

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس والعمر وفي بعض الحالات، الدين أو المعتقدات السياسية. كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية [U.S. Department of Agriculture] التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقد الديني أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو النثر أو الإنتقام على أساس نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به وزارة USDA أو تمويله. وعلى ذوي الإعاقات المستلزمين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل بريل أو الخط الكبير أو الشريط السمعي أو لغة الإشارات الأمريكية أو إلخ) الإتصال بالمؤسسة (للولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للأفراد الصم أو ذوي الصعوبة في السمع أو ذوي الإعاقات في النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الاتصالات" [Federal Relay Service] على الرقم 877-8339 (800). وبالإضافة إلى ذلك، قد يتم تزويد معلومات برامج بلغات غير الإنجليزية. ولرفع شكوى تمييز في شأن البرنامج، يرجى إستكمال "إستمارة شكوى التمييز في أحد برامج USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> ولدى أي مكتب لوزارة USDA أو كتابة رسالة موجهة إلى وزارة USDA ومحتوية على كافة المعلومات المطلوبة في الإستمارة. ولطلب نسخة من إستمارة الشكوى، يرجى الإتصال بالرقم 866-632-9992. ويرجى تقديم إستمارة المستكملة أو الرسالة إلى وزارة USDA عبر:

(1) البريد العادي: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

وللحصول على أي معلومات أخرى تتناول مسائل متعلقة بـ "برنامج المساعدة الغذائية الإضافية" [Supplemental Nutrition Assistance Program] (SNAP)، على الأفراد الإتصال بالخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 800) 221-5689 (المتوفر أيضاً باللغة الإسبانية، أو الإتصال بـ "أرقام معلومات/الخطوط الساخنة للولاية" [State Information/Hotline Numbers] (انقر على الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية) الموجودة على الإنترنت على: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

ولرفع شكوى تمييز في شأن برنامج يتلقى مساعدة مالية فدرالية عبر "وزارة الصحة والخدمات الإنسانية" [U.S. Department of Health and Human Services] (HHS)، يرجى مراسلة: (202) 619-0403 بـ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. (صوت) أو (TTY) (800) 537-7697.

تقدم هذه المؤسسة فرصاً متكافئة في العمل.