



طلب الحصول على المساعدة الغذائية التكميلية في حالات  
الكوارث (D-SNAP)  
HS-3259

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| للاستخدام المكتبي فقط                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |                                                          |  |
| تاريخ الطلب (شهر/يوم/سنة):                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                          |  |
| مقاطعة الإقامة:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                          |  |
| المقاطعة التي يتم فيها التطبيق:                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                          |  |
| البداية:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             | فترة التصريح بالكوارث:                                   |  |
| النهاية:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                          |  |
| إذا كانت الإجابة نعم؛ الوكالة:<br>رقم تعريف المشرف على المراجعة:                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> نعم<br><input type="checkbox"/> لا | موظف المقاطعة/الولاية:                                   |  |
| رقم الحساب الدائم:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             | رقم التعريف الفردي:                                      |  |
| الممثل (الممثلون) المفوضون                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             | كيف تم التحقق:                                           |  |
| عنوان الإقامة المؤقتة                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | كيف تم التحقق:                                           |  |
| المدينة، والولاية والرمز البريدي                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                                                          |  |
| رقم الهاتف الحالي أو رقم الاتصال                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                                                          |  |
| اسم جهة اتصال الضمان ورقم الهاتف                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                                                          |  |
| الوضع الأسري                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                             | نعم لا                                                   |  |
| هل أنت موظف في وزارة الخدمات الصحية والإنسانية في تينيسي في الولاية/المقاطعة؟                                                                                                                                                                                                                     |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل أنت مشارك حالي في برنامج الخدمات الغذائية التكميلية؟                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| إذا كانت الإجابة بنعم، الولاية _____ مقاطعة _____                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                                          |  |
| هل كانت أسرته تعيش أو تعمل في منطقة الكارثة وقت وقوع الكارثة؟                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل ألحقت الكارثة الضرر أو دمرت منزلك أو ممتلكاتك الخاصة                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل تتحمل أسرته نفقات نثرية إضافية كنتيجة للكارثة؟                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ: _____                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                                          |  |
| هل تخطط أسرته لشراء الطعام قبل نهاية فترة الكارثة؟                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل أدت الكارثة إلى تأخير دخل أسرته أو تقليله أو إيقافه؟                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| هل لدى أسرته أي أموال في حسابات الشيكات أو التوفير التي لا يمكنك الوصول إليها لغلق البنك بسبب الكارثة؟                                                                                                                                                                                            |                                                             | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |
| اذكر جميع أفراد أسرته، الذين تأثروا بالكارثة والذين يعيشون ويأكلون معك. إذا كنت تقيم مؤقتًا مع أسرة أخرى بسبب الكارثة، فلا تذكر أفرادها. اذكر المعلومات أدناه لكل فرد من أفراد الأسرة. اذكر أي دخل حصل عليه أحد أفراد أسرته أو يتوقعون الحصول عليه أثناء عمل خطة برنامج الإغاثة الغذائية للكوارث. |                                                             |                                                          |  |
| (فترة استحقاق برنامج الإغاثة الغذائية للكوارث).                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                                          |  |

يجب على موظفي TDHS التحقق من قسم 'النماذج' على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ النفاذ: 2024/21/10

RDA: 1717

صفحة 3 من 1

تاريخ آخر مراجعة: 2024/18/10

تاريخ آخر مراجعة: 2027/18/10

HS-3259a

| الاسم/ اللقب | تاريخ الميلاد | العلاقة | الجنس | العرق | الأصل | مصدر الدخل/ صاحب العمل | المبلغ الشهري (يشمل المنزل) |
|--------------|---------------|---------|-------|-------|-------|------------------------|-----------------------------|
|              |               | ذاتي    |       |       |       |                        |                             |
|              |               |         |       |       |       |                        |                             |
|              |               |         |       |       |       |                        |                             |
|              |               |         |       |       |       |                        |                             |
|              |               |         |       |       |       |                        |                             |
|              |               |         |       |       |       |                        |                             |

الموارد

اذكر جميع الأموال التي ستتمكن أسرتك من الحصول عليها أثناء الكارثة.

هل لدى عائلتك حساب جاري/توفير، أو نقد في متناول اليد؟

☐ نعم، منظمة الصحة العالمية

☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فتتحقق من النوع وأدخل المبلغ الذي يمكنك الحصول عليه أثناء الكارثة:

☐ جاري التحقق من

☐ التوفير

☐ السيولة النقدية المتوفرة

☐ أخرى (التأمين، الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ، النقد، الهدايا، إلخ)

تحذير من العقوبة

إذا حصلت أسرتك على مزايا برنامج Supplemental Nutrition Assistant (SNAP)، فيجب أن تتبع القواعد أدناه. أي فرد من أفراد أسرتك ينتهك أيًا من هذه القواعد عن قصد يمكن أن يخضع للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية. يخضع هذا الطلب للمراجعة من قِبل السلطات الفيدرالية وسلطات الولاية للتأكد من أنك مؤهل للحصول على مساعدات الكوارث.

لا تُقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على المزايا أو الاستمرار في تلقيها. لا تستخدم مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية الخاصة بأسرة أخرى أو وثيقة التفويض لأسرتك. لا تعطي أو تبيع مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية أو وثائق التفويض لأي شخص غير مصرح له باستخدامها. لا تستخدم مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية لشراء سلع غير مصرح بها مثل الكحول أو التبغ. لا تقم بتغيير أي من مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية أو مستندات التفويض للحصول على مزاياه التي لا يحق لك الحصول عليها.

إذا كانت أسرتك تعلم ولكنها ترفض عن قصد تقديم أي معلومات مطلوبة، فلن تكون مؤهلة للحصول على مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية. يجب عليك إظهار بطاقة الهوية وقد يُطلب منك التحقق من إقامتك ومكان عملك في منطقة الكارثة في وقت الكارثة وتكوين الأسرة والنفقات المتعلقة بالكوارث، عندما تتم مقابلتك. قد تضطر إلى التحقق من أي نفقات مشكوك فيها. يمكنك تفويض شخص من خارج أسرتك للتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المساعدة في التغذية التكميلية في حالات الكوارث أو تلقيها أو استخدامها.

التصديق والتوقيع

أفهم الأسئلة الواردة في هذا الطلب وعقوبات إخفاء أو تقديم معلومات كاذبة. عائلتي بحاجة إلى مساعدة غذائية فورية نتيجة للكارثة. أشهد، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن المعلومات التي قدمتها صحيحة وكاملة على حد علمي. كما أصرح بالإفصاح عن أي معلومات ضرورية لتحديد صحة شهادتي. أفهم أنه إذا كنت لا أوافق على أي إجراء تم اتخاذه بشأن حالتي، يحق لي طلب جلسة استماع عادلة شفهيًا أو كتابيًا.

مُقدم الطلب أو الممثل المفوض أو الشاهد (إذا كان موقعًا بعلامة X)

التوقيع

التاريخ

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لـ U.S. Department of Agriculture (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الانتماء بسبب نشاط الحقوق المدنية السابق.

علاوة على ذلك، يمكن توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يتعين على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو التسجيلات الصوتية، أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (بالولاية أو الوكالة المحلية) حيث يتقدمون بطلبات الحصول على المميزات. ويمكن للأفراد المصابين بالصمم أو يعانون من ضعف السمع أو من صعوبات في التحدث الاتصال بالوزارة USDA من خلال Federal Relay Service على الرقم 877- 8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، عن طريق الاتصال بالرقم 1071- 620 (833) ، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصف مكتوب للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027- المكتمل إلى:

(1) البريد: خدمة الغذاء والتغذية، وزارة الزراعة الأمريكية

1320 برادوك بليس، غرفة 334

الإسكندرية، فيرجينيا 22314؛ أو

(2) الفاكس: 1665- 256 (833) أو 7442- 690 (200)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

تعمل هذه المؤسسة بمبدأ تكافؤ الفرص.

يمكنك أيضًا الكتابة إلى تينيسي، إدارة الخدمات الإنسانية، مكتب المستشار العام، مسؤول الامتثال، مبنى جيمس ك. بولك، 505 شارع ديدريك، ناشفيل، تينيسي 37243، 313- 4700 (615)

#### للاستخدام المكتبي فقط

حسابات الأهلية/الاستحقاقات في حالات الكوارث

1. النقد أو الموارد التي يمكن الوصول إليها (النقد في الصندوق أو الشيكات أو حساب التوفير

2. الدخل المستلم أو المتوقع خلال فترة الاستحقاق

3. مجموع (1) و (2)

4. خصم الكوارث

5. الدخل المعدل (3 ناقص 4. إذا كان 4 أكبر من 3، فأدخل 0)

قارن الدخل المعدل بدخل الكوارث لحجم الأسرة المناسب. إذا كان الدخل المعدل أقل من أو يساوي الحد، فإن الأسرة مؤهلة. إذا كان الدخل المعدل أكبر من الحد، فإن الأسرة غير مؤهلة للحصول على المساعدة في حالات الكوارث

اختر واحدة: ☐ تمت الموافقة ☐ مرفوضة

إشعار الأهلية المقدم ☐ نعم ☐ لا

سبب الرفض:

مبلغ الاستحقاق:

حجم الأسرة:

يجب على موظفي TDHS التحقق من قسم 'النماذج' على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ آخر مراجعة: 2024/18/10

تاريخ آخر مراجعة: 2027/18/10

HS-3259a

تاريخ النفاذ: 2024/21/10

RDA: 1717

صفحة 3 من 1