وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولاينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية

نموذج الإبلاغ عن التغييرات

الاسم: □□□□□ التاريخ: _____

العنوان: □□□□□

رقم الحالة: _____

عزيزي: □□□□□

التغييرات التي يتعيَّن عليك الإبلاغ عنها:

1. يجب عليك الإبلاغ فقط عندما يتجاوز دخلك الحد الأقصى لإجمالي الدخل لحجم أسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية. تبلغ حجم أسرتك _____. (انظر جدول حدود الدخل ومساحة العمل على الجهة الخلفية من النموذج). اتصل بالموظف المسؤول عن حالتك إذا ساورتك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة.

إذا تجاوز إجمالي الدخل الخاص بأسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية (قبل تطبيق الاستقاطاعات والضرائب) المبلغ المبين في الجدول، يتعيَّن عليك الإبلاغ عن التغيير. أضف كافة مصادر الدخل للحصول على إجمالي قيمة الدخل الشهري (الأجور، معونة الأسر "العمل أولاً"، نفقة الطفل، المعونة المؤقتة للأسر الفقيرة، دخل الضمان التكميلي، إعانات البطالة، الضمان الاجتماعي، إعانات المحاربين القدامي، دفعات العجز، دخل أفراد الأسرة الجدد وغير ذلك)

عندما يوجد لديك تغيير في الدخل، استخدم الجدول المبين على الجهة الخلفية لترى ما إذا مازالت مؤهلاً لإعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا تجاوز إجمالي الدخل الشهري لأسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية المبلغ المسموح به لعدد من الأفراد المتضمنين في حالتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك بحلول اليوم العاشر من الشهر التالي للشهر الذي زاد فيه الدخل.

يجب الإبلاغ عن أي تغيير عن المعلومات المقدمة في الطلب يقع بعد المقابلة (ولكن قبل استلامك لإخطار الأهلية) بحلول اليوم العاشر من الشهر التالي لشهر استلام إخطار الأهلية.

☐ ليس مطلوبًا منك في هذا الوقت الإبلاغ عن التغييرات في الدخل حتى إعادة اعتمادك التالي.

2. إذا تضمنت أسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية شخصًا بالغًا قوي البنية دون معالين (ABAWD)، فإنه يتعيّن عليك الإبلاغ إذا ما تم تخفيض عدد ساعات العمل الخاصة بالشخص البالغ القوي البنية إلى أقل من 80 ساعة في الشهر.

الإبلاغ عن التغييرات بواسطة الاتصال بنا على: _____. يجوز لأي شخص يعرف بشأن التغيير الإبلاغ عنه نيابة عنك إذا لم تستطع أداء ذلك.

ملاحظة: سوف يسمح لنا الإبلاغ عن أي تغيير في العنوان بإرسال الخطابات و/ أو الإخطارات على عنوانك الصحيح.

إذا لم تصرح بالحقيقة حول التغييرات التي حدثت في أسرتك، قد يتوجب عليك رد إعانات خدمات الطعام والتغذية. قد تعد أيضاً غير مؤهل لاستلام إعانات خدمات الطعام والتغذية لمدة 12 شهراً أو 24 شهراً أو دائماً وقد يتم فرض غرامة عليك، أو سجنك، أو تخضع لكليهما.

تقبلوا فائق التحية والاحترام،

_____

استخدم هذا الجدول لتحديد ما إذا كان دخل أسرتك مرتفع للغاية بالنسبة لك بما يمنعك من استلام إعانات خدمات الطعام والتغذية:

الحد الأقصى للدخل

عدد أفراد الأسرة:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
$1211	1640 دولار أمريكي	$2069	2498 دولار أمريكي	2927 دولار أمريكي	$3356	3785 دولار أمريكي	$4214	4643 دولار أمريكي	$5072

ملحوظة: إذا كان هناك ما يزيد عن عشرة (10) أفراد في الأسرة، فأضف 429 دولارًا أمريكيًا إلى 5072 دولارًا أمريكيًا لكل فرد.

استخدم مساحة العمل هذه لإضافة كامل الدخل من كافة المصادر (الأجور- قبل الضرائب والاستقطاعات، معونة الأسر "العمل أولاً"، ونفقة الطفل، ودخل الضمان التكميلي، وإعانات البطالة، والضمان الاجتماعي وإعانات المحاربين القدامى، ودفعات العجز، وغير ذلك .)

نوع الدخل	الشهر الأول	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع
الأجور	$	$	$	$
معونة الأسر "العمل أولاً"	$	$	$	$
نفقة الطفل	$	$	$	$
رقم الضمان الاجتماعي	$	$	$	$
إعانات المحاربين القدامى	$	$	$	$
الضمان الاجتماعي	$	$	$	$
أخرى	$	$	$	$
إجمالي	$	$	$	$

قارن إجمالي قيمة الدخل الشهري لأسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية بحدود دخل حجم أسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا كان الإجمالي يقع في حدود مبلغ 200 دولار أمريكي المخصص لحجم أسرتك المشتركة ببرنامج الطعام والتغذية، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك لمناقشة التغيير. إذا لم تكن متأكداً أو ساورتك أسئلة، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك للحصول على مساعدة. يمكنك أيضاً الاتصال بخط الرعاية على رقم 1-800-662-7030 إذا احتجت إلى أي مساعدة.

سوف نستخدم إجاباتك الواردة في هذا النموذج لنرى ما إذا سوف تتغير إعانات أسرتك. قبل أن نقوم بتخفيض إعاناتك أو إنهاؤها، سوف نرسل لك إخطاراً يوضح الذي سوف يحدث. إذا زادت إعاناتك، فسوف نرسل لك إخطاراً عندما نقوم بالتغيير. إذا لم توافق على قرارنا، يمكنك عقد جلسة استماع عادلة. سوف يقرر المسؤول عن جلسة الاستماع ما إذا كنت على حق.

أدرك عقوبة إخفاء أو تقديم معلومات زائفة . أدرك أيضاً إنني سوف أدين بقيمة أي إعانات إضافية أستلمها من برنامج خدمات الطعام والتغذية وقد يتم إقصائي إذا لم أبلغ عن أي تغيير يطرأ في الدخل بأسرتي قد يتسبب في عدم الأهلية. أوافق على إثبات أي تغييرات أبلغ عنها إذا طلبت ذلك. إجاباتي الواردة في هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي.

أدرك أن توقيعي يفوض المسؤولين الفيدراليين، ومسؤولي الولاية، والمسؤولين المحليين بالاتصال بأشخاص آخرين أو منظمات أخرى للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها.

توقيعك:	رقم الهاتف:	تاريخ اليوم:

للمعونة المؤقتة للأسر الفقيرة الخدمات الممولة

للحصول على معلومات بخصوص مبادرة الوقاية من حمل المراهقين، اتصل بقسم الصحة المحلية الذي تتبعه. للحصول على معلومات بخصوص الخدمات المقدمة عن الزيجات الصحية، اتصل بقسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي المحلي الذي تتبعه.

التسجيل للتصويت في كارولاينا الشمالية

تعد عملية التسجيل للتصويت سهلة في كارولاينا الشمالية. يستوجب قانون الولاية أن يتم تسجيل الناخبين قبل الانتخاب بمدة قوامها 25 يومًا. يستطيع قسم الخدمات الاجتماعية مساعدتك في الأعمال الورقية الخاصة بالتسجيل. إذا أردت التسجيل للتصويت في كارولاينا الشمالية، فاطلب من الموظف المسؤول عن حالتك نموذج تسجيل الناخب، وكذلك إذا احتجت مساعدة لمعاونتك في تعبئة النموذج.