



تقرير حالة أهلية SAR 7

شهر التقرير

وإعادتها قبل اليوم الخامس من شهر

شهر الإرسال

شهر الإرسال

للاستمرار في الحصول على المزايا في موعدها، يُرجى توقيع الاستمارة بعد اليوم الأول من شهر

هل تحتاج إلى مساعدة؟ (County Specific instructions w/county url)

رقم الحالة هنا

[DIST. ID HERE]

اسم العامل:

رقم هاتف العامل:

المقاطعة:

العنوان:

المدينة، الولاية، الرقم البريدي

الشفرة:

حدد المربع إذا كنت ترغب في إيقاف أي من المزايا التالية: إيقاف CalWORKs إيقاف CalFresh إيقاف Medi-Cal1. هل قُدم أحد للعيش معك في المنزل أو غادره (بما في ذلك الأطفال حديثي الولادة) أو هل انتقلت للعيش مع شخص آخر منذ آخر إبلاغ لك؟
 نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه)

هل تقومون بالشراء وتحضير الطعام بشكل منتظم معاً؟	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الاسم (الاسم الأول، اسم الأب، العائلة)	تاريخ الانتقال (شهر/يوم/سنة)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		/ /		/ /
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		/ /		/ /
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		/ /		/ /

2. هل طرأ أي تغيير على العنوان منذ آخر إبلاغ لك؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه)

العنوان الجديد: _____ تاريخ الانتقال: _____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان المذكور أعلاه) _____

3. في حال تغيير محل الإقامة بعد آخر إبلاغ لك، يُرجى ملء القسم أدناه:

ما القيمة الشهرية الحالية للرهن العقاري أو الإيجار؟ \$ _____ في حال الدفع بصورة مستقلة، كم تبلغ القيمة الشهرية لضرائب الممتلكات والتأمين المنزلي؟ \$ _____

هل تتحمل نفقات مرافق غير واردة ضمن مبلغ الإيجار أو الرهن؟ إذا كانت الإجابة نعم، فحدد أيًا من الخيارات التالية:
 هاتف قمامة مياه كهرباء/غاز نفقات أخرى للتدفئة أو التبريد

4. CalWORKs فقط: هل يوجد أي أحد في منزلك:

A. هارب من قرار قضائي معلق؟

B. صدر قرار من المحكمة بشأن مخالفته لإطلاق السراح المشروط؟

 نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه)

اسم الشخص	(A) أو (B) المذكورين أعلاه	ما الولاية التي صدر بها الأمر، أو وقعت بها المخالفة؟	تاريخ الأمر أو المخالفة

5. النفقات الطبية: في حال طرأت زيادة في النفقات الطبية لأي شخص يحصل على مزايا من برنامج CalFresh ويبلغ 60 عامًا أو أكثر أو يعاني من إعاقة، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك.

من صاحب الحالة التي طرأ عليها التغيير؟ مبلغ الزيادة: \$ _____

6. دعم الطفل: هل طرأ أي تغيير على أي شخص يحصل مزايا من برنامج CalFresh فيما يتعلق بمبلغ دعم الطفل الذي يتعين عليه سداه منذ آخر إبلاغ؟ نعم لا، إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك.

كم كان المبلغ الذي تم سداه في شهر التقرير؟ \$ _____ من الذي تحمل قيمة الدعم؟ _____

7. رعاية معالٍ: في حال طرأت زيادة في النفقات الفعلية لرعاية معالٍ، منذ آخر إبلاغ، لأي شخص يحصل على مزايا من برنامج CalFresh سواء كان يعمل أو يبحث عن عمل أو كان في المرحلة الدراسية، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك.

كم كان المبلغ الفعلي الذي تم سداه أثناء شهر التقرير؟ \$ _____ من الذي تحمله: _____ يُرجى إدراج الأشخاص المعالين: _____

8. هل قام أي شخص: بالحصول على أو شراء أو بيع أو مبادلة أو منح أي ممتلكات أو أراضي أو منازل أو سيارات أو حسابات بنكية أو أموال أو مدفوعات (مثل أرباح أندية القمار/اليانصيب أو الفوائد العائدة من الضمان الاجتماعي) أو أي متعلقات أخرى مملوكة منذ آخر إبلاغ؟

 نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك. وإذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُمكنك إرفاق ورقة منفصلة).

من؟	نوع الملكية؟	متى؟	المبلغ/القيمة؟	مبلغ/القيمة؟

 شراء بيع منح إنفاق تقديم كهدية مبادلة ربح غير ذلك

9. هل حصل أي شخص على دخل من عمله أثناء شهر التقرير؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك). تم إدراج شهر التقرير أعلى الصفحة الأولى. يُرجى إدراج كل وظيفة لجميع الأشخاص العاملين. وإذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يمكنك إرفاق ورقة منفصلة. تتضمن الأمثلة مجالسة الأطفال أو المرتب أو العمل الحر أو التعويض عن فترة المرض أو الإكراهيات أو ما إلى ذلك. في حال فقد الوظيفة، يُرجى إرفاق ما يدل على ذلك.

الوظيفة الأولى	الوظيفة الثانية	الوظيفة الثالثة
اسم الشخص الذي حصل على دخل:		
مصدر الدخل/اسم جهة العمل:		
عمل حر، يُرجى التحديد هنا <input type="checkbox"/>	عمل حر، يُرجى التحديد هنا <input type="checkbox"/>	عمل حر، يُرجى التحديد هنا <input type="checkbox"/>
عدد مرات الحصول على الدخل:		
إجمالي الدخل الذي تحصلون عليه أثناء شهر التقرير:		
تاريخ (تواريخ) التسلم:	تاريخ (تواريخ) التسلم:	تاريخ (تواريخ) التسلم:
ساعات العمل الشهرية:		

10. هل ستطراً أية تغييرات على دخلك الذي تحصل عليه من عملك خلال ستة الأشهر القادمة؟ (بما في ذلك الدخل المدرج في القسم 9)؟

نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح هنا مع إرفاق ما يدل على ذلك). أمثلة: إنهاء وظيفة أو البدء في أخرى؛ زيادة الدخل أو انخفاضه؛ ترك وظيفة أو الإضراب عن العمل؛ تغيير في عدد مرات الحصول على ذلك الدخل.

11. هل تحصل أي شخص على أموال من أي مصدر آخر أثناء شهر التقرير؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك). تم إدراج شهر التقرير أعلى الصفحة الأولى. تتضمن الأمثلة: الضمان الاجتماعي أو تعويض البطالة أو استحقاقات قدامى المحاربين أو التأمين ضد الإعاقة التابع للولاية (SDI) أو نفقة الأولاد/النفقة الزوجية أو تعويضات العمال أو القروض/الهيايا أو المسكن المكتسب/غير المكتسب أو المرافق أو الغذاء أو ما إلى ذلك. إن لم تعد تحصل على أموال من أحد المصادر التي أبلغت عنها فيما مضى، يُرجى تقديم ما يدل على ذلك.

المبلغ	مصدر الدخل	الحصول على الدخل لمرة واحدة أو شهرياً	الاسم
\$			
\$			
\$			

12. هل ستطراً أية تغييرات على الأموال التي تحصل عليها من أي مصدر آخر خلال ستة الأشهر القادمة؟ (بما في ذلك الدخل المدرج في القسم 11)؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح هنا مع إرفاق ما يدل على ذلك). أمثلة على التغييرات: زيادة/انخفاض في الدخل أو المزايا، أو إذا كنت بصدد الشروع في/التوقف عن الحصول على دخل أو مزايا.

13. CalWORKs فقط: هل حدث أي من الأمور التالية لأي شخص في منزلك منذ آخر إبلاغ لك؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التحديد أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك):

- تغيير بالأسرة (زواج أو طلاق أو انفصال أو الدخل في شركة محلية مسجلة بولاية كاليفورنيا (RDP) أو الدخل في شركة محلية غير مسجلة بولاية كاليفورنيا (DP) أو إنهاء شراكة محلية مسجلة بولاية كاليفورنيا أو إنهاء شراكة محلية غير مسجلة بولاية كاليفورنيا أو حمل أو إجهاض)؟
- الوظيفة/العمل (بدء أو إنهاء أو ترك وظيفة أو البدء في مشروع أو الدخل في إضراب)؟
- الإعاقة (الإصابة بإعاقة أو الشفاء منها أو الإصابة بمرض خطير)؟
- الهجرة (تغيير حالة المواطنة أو الهجرة أو الحصول على بطاقة جديدة أو استمارة جديدة أو خطاب من إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (USCIS) والمعروفة مسبقاً باسم إدارة الهجرة والتنجنيس (INS))؟
- التأمين (بدء الانتفاع بمزايا التأمين الصحي أو التأمين على الحياة أو الأسنان أو إيقاف المزايا أو تغييرها بما في ذلك برنامج (MEDICARE)؟
- الحضانة (أي تغيير في مدة رعاية/حضانة الأطفال)؟
- خدمات الدعم المنزلي (بدء الحصول على الخدمات أو توقفها)؟
- الذهاب إلى المدرسة
- بالنسبة للطلاب في سن 18 عاماً أو أكبر، بدؤوا أو أنهوا المدرسة / الكلية؟ (يمكنك المطالبة بنفقات الكتب أو الانتقالات من وإلى المدرسة أو ما إلى ذلك).
- شخص ما تكفل بجميع نفقات المسكن أو الطعام أو الملابس أو المرافق. (يُرجى الشرح) _____
- أخرى _____

يُرجى القراءة بعناية ثم التوقيع وكتابة التاريخ.

بموجب التوقيع على هذه الاستمارة:

- أتعهد بموجب عقوبة شهادة الزور أن جميع الإجابات الواردة في هذا التقرير صحيحة وكاملة على حسب علمي.
- أدرك أن عقوبات جريمة الاحتيال تنطوي على مايلي: السجن لمدة 20 عاماً وغرامة قد تصل إلى \$250,000. ويتعين عليّ دفع قيمة المزايا التي لم أكن أستحقها. وأن عقوبة المخالفة المقصودة للقواعد هي الحرمان من مزايا CalFresh لعام واحد في المرة الأولى؛ ولمدة عامين في المرة الثانية؛ ثم الحرمان من مزايا CalFresh مطلقاً في المرة الثالثة.
- أتعهد بالموافقة على تقديم نسخ من المستندات اللازمة لاستكمال التقرير نصف السنوي.
- أدرك أنه في بعض الحالات، قد يطلب مني الموافقة على إجراء المقاطعة لأي اتصالات ضرورية لتحديد مدى الأهلية.

التصديق - التحذير من الاحتيال

أدرك أنه: في حال تعمد عدم الإفصاح عن جميع الحقائق أو تقديم حقائق مغلوطة حول دخلي أو ممتلكاتي أو حالة أسرتي بهدف الحصول على مزايا أو مساعدات أو الاستمرار في الحصول عليها، فإنني بذلك أعرض نفسي للملاحقة القضائية. وربما يتم اتهامي كذلك بارتكاب جريمة في حال الحصول على أكثر من \$950 كمساعدات نقدية أو مزايا من برنامج CalFresh نتيجة هذا الفعل. تسلمت نسخة من التعليمات والعقوبات الخاصة بتقرير حالة أهلية SAR 7 بشأن المساعدات النقدية ومزايا برنامج CalFresh.

يتعين عليك التوقيع على هذا التقرير وتداول التاريخ عليه بعد اليوم الأخير لشهر التقرير وإلا سوف يتم اعتباره غير مكتمل. أتعهد تحت عقوبة شهادة الزور وبموجب قوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن الحقائق الواردة في هذا التقرير صحيحة وحقيقية وكاملة.

من يستحق التوقيع أدناه:	المساعدات النقدية: أنت وزوجك المتلقي للمساعدة أو الشريك المحلي المسجل أو والد أو والدة (الأطفال الذين يتلقون مساعدة نقدية) في حال الإقامة في المنزل. لمساعدات CalFresh: رب الأسرة أو الفرد المسؤول عن الأسرة أو الفرد المخول لتمثيل الأسرة.
التوقيع أو البصمة	تاريخ التوقيع
توقيع الزوج أو الشريك المحلي المسجل أو والد/والدة الأطفال المتلقين للمساعدات النقدية	تاريخ التوقيع
توقيع شاهد البصمة أو المترجم أو الشخص الذي أكمل الاستمارة	تاريخ التوقيع