



تقرير حالة الأهلية SAR 7

كتب التقرير في شهر _____

ليتم الحصول على الإعانات في الوقت المحدد لها، الرجاء التوقيع على النموذج بعد 1 _____ وقم بإرجاعها في 5 _____
شهر الإرسال شهر الإرسال

هل تحتاج للمساعدة؟ (تعليمات المقاطعة المحددة مع الموقع الخاص بالمقاطعة)
رقم الحالة هنا
اسم العامل:
رقم هاتف العامل:
المقاطعة:
العنوان:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي
الكود الشريطي:

[DIST. ID HERE]

قم بالتأشير فوق المربع إذا كنت ترغب في إيقاف الحصول على أي مما يأتي: إيقاف مساعدات العمل (CaWORKs) إيقاف المساعدات الغذائية (CalFresh) إيقاف الرعاية الطبية (Medi-Cal)

1. هل انتقل أي فرد إلى المنزل (ما في ذلك المواليدين الجدد) أو هل انتقلت مع أي شخص منذ آخر إبلاغ؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه)

تاريخ النقل (شهر/يوم/عام)	بالخارج (الأول، الأوسط، آخر)	تاريخ الميلاد	نوع العلاقة	شراء الطعام وإعداده معًا بشكل منتظم
<input type="checkbox"/> بالداخل <input type="checkbox"/> بالخارج / /		/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> بالداخل <input type="checkbox"/> بالخارج / /		/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> بالداخل <input type="checkbox"/> بالخارج / /		/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

2. هل حدث أي تغيير في العنوان منذ آخر إبلاغ؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه)

العنوان الجديد: _____
عنوان المراسلة (إذا اختلف عن الموضح أعلاه) _____

3. يرجى ملئ الجزء الموضح أدناه إذا تم الانتقال منذ آخر إبلاغ:

ما هو مقدار الإيجار أو الرهن الشهري الخاص بك الآن؟ \$	عند الدفع المنفصل، ما هو مقدار ضرائب الملكية أو التأمين على المنزل شهريًا؟ \$
هل لديك تكاليف المرافق غير المضمنة في الإيجار أو الرهن؟ إذا كانت الإجابة نعم، قم بالتأشير على أحد مما يلي: <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> النفايات <input type="checkbox"/> المياه <input type="checkbox"/> الكهرباء/الغاز <input type="checkbox"/> تكاليف الحرارة والتبريد الأخرى	

4. مساعدات العمل فقط: هل أي شخص في المنزل:

A- الشخص المجرم المتهم بتجارة المخدرات؟

B- الهارب من الإنذار القضائي القائم؟

C- الملقى عليه القبض في المحكمة ليكون في مخالفة إطلاق السراح المشروط؟

نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه)

اسم الشخص	A+B+C مما سبق	في أي ولاية تم الاعتقال أو الإدانة؟	تاريخ الاعتقال و/أو الإدانة

5. التكاليف الطبية: عند حصول شخص على المساعدات الغذائية (CalFresh) وتجاوز عمره 60 عام أو كان معاق، فيكون هناك زيادة في التكاليف الطبية، يرجى إكمال الجزء الموضح أدناه وأرفق الدليل:

من تغير؟	المقدار: \$

6. دعم الأطفال: هل تغير مقدار المساعدات الغذائية (CalFresh) لأي فرد يدعم أطفال منذ آخر إبلاغ؟ نعم لا إذا كان نعم، أكمل الجزء التالي وأرفق الدليل.

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو المقدار المدفوع في التقرير الشهري؟ \$ _____ من دفع الدعم؟ _____

إذا كانت الإجابة نعم، أرفق الدليل.

7. رعاية المعالين أو الأطفال: إذا حصل أي فرد على المساعدات الغذائية (CalFresh) وكان يعمل أو يبحث عن عمل أو يذهب إلى المدرسة، عندها ستزيد تكاليف رعاية الطفولة منذ

آخر تقرير. يرجى إكمال الجزء الموضح أدناه وأرفق الدليل: ما هو المقدار المدفوع دغ من جيبه في التقرير الشهري؟ \$ _____

من قام بالدفع: _____ أدرج الطفل/الأطفال: _____

8. هل حصل أي فرد على أي ملكية أو أرض أو منازل أو سيارات أو حسابات بنكية أو مدفوعات (مثل الفوز باليانصيب/الكازينو، تأمين اجتماعي مسبق) أو أية ملكية أخرى أو شراء

أو بيع أي من تلك منذ آخر إبلاغ؟

نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه وأرفق الدليل. يمكنك إرفاق ورقة إضافية عند الحاجة لمساحة أخرى).

من؟	نوع الملكية؟	متى؟	المقدار/ المبلغ:
<input type="checkbox"/> تم الشراء <input type="checkbox"/> تم البيع <input type="checkbox"/> تم الانسحاب <input type="checkbox"/> تم الصرف			
<input type="checkbox"/> الحصول كهدية <input type="checkbox"/> تم التداول <input type="checkbox"/> تم الفوز بها <input type="checkbox"/> أخرى			

9. هل حصل أي فرد على دخل من الوظيفة في التقرير الشهري؟ نعم لا (إن كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه وأرفق الدليل). التقرير الشهري موضح أعلى الصفحة الأولى. أدرج الأشخاص وفقاً لوظائفهم. كما يمكنك إرفاق ورقة إضافية إذا اقتضت الحاجة إلى مساحة أكبر. تتضمن الأمثلة حضانة الأطفال والراتب والعمل الحر والأجزة المرضية مدفوعة الأجر والإرشادات وما إلى ذلك.

الوظيفة #1	الوظيفة #2	الوظيفة #3
اسم الشخص الحاصل على الدخل:		
مصدر الدخل/ اسم الموظف:		
العمل الحر، قم بالتأشير هنا <input type="checkbox"/>	العمل الحر، قم بالتأشير هنا <input type="checkbox"/>	العمل الحر، قم بالتأشير هنا <input type="checkbox"/>
كم مرة يتم خلالها الدفع؟	أسبوعياً <input type="checkbox"/> نصف أسبوعياً <input type="checkbox"/> أسبوعياً أخرى <input type="checkbox"/>	أسبوعياً <input type="checkbox"/> نصف أسبوعياً <input type="checkbox"/> أسبوعياً أخرى <input type="checkbox"/>
	شهرياً <input type="checkbox"/> مرتين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/>	شهرياً <input type="checkbox"/> مرتين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/>
المبلغ الإجمالي للدخل الذي تم الحصول عليه في التقرير الشهري:	\$	\$
ساعات العمل شهرياً:	تاريخ (تواريخ) الاستلام:	تاريخ (تواريخ) الاستلام:

10. هل سيكون ناك أي تغيير على عمك أو دخلك المدرج في رقم 9 خلال الستة أشهر المقبلة؟ على سبيل المثال: بدء وظيفة أو إيقافها، زيادة الدخل أو نقصانه، تغيير عدد الساعات أو التغيير في عدد مرات الدفع. نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، فسر الأمر): استخدم ورقة إضافية إذا تطلب الأمر لذلك:

11. هل حصل أي شخص على نقود من أي مصدر آخر في التقرير الشهري: نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الجزء الموضح أدناه وأرفق الدليل). التقرير الشهري مرفق أعلى الصفحة الأولى. تشمل الأمثلة على: التأمين الاجتماعي، العمل الحر، إعانة البطالة، أرباح المحاربين القدامى، تأمين الدولة للإعاقاة (SDI)، دعم الأطفال/الزوجة، إعانة العاملين، القروض/الهيايا، المرافق السكنية المكتسبة/غير المكتسبة، الطعام وما إلى ذلك.

الاسم	مصدر الدخل	الدفع مرة واحدة أم شهرياً	الدخل
			\$
			\$
			\$

12. هل سيحدث أي تغييرات في هذا الدخل أو المزايا في رقم 11 خلال الستة أشهر القادمة؟ أمثلة على التغيير: زيادة أو نقصان في الدخل أو المزايا أو إذا كنت ستوقف عن الحصول على الدخل أو المزايا. نعم لا (إذا كان نعم اشرح ووضح الدليل):

13. مساعدات العمل (CalWork) فقط: هل حدث أي مما يلي لأي شخص في المنزل منذ آخر عملية إبلاغ؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التأشير هنا وإرفاق الدليل):

التغيير في أحوال الأسرة (هل حدث زواج أو طلاق أو انفصال أو دخول في الشراكة المحلية المسجلة في كاليفورنيا (RDP) أو عدم الحصول على الشراكة المحلية (DP) أو الحمل أو لم يعد هناك حمل؟)

الوظيفة/التوظيف (هل تم البدء بوظيفة أو إيقافها أو الاستقالة منها أو بدء عمل أو الإضراب عن العمل؟)

الإعاقاة (هل حدث إصابة بإعاقاة أو التماثل للشفاء منها أو من مرض مزمن)

الهجرة (هل تم تغيير حالة الهجرة أو المواطنة أو الحصول على بطاقة جديدة أو خطاب من موقع الهجرة الأمريكية؟)

التأمين (هل تم بدء التأمين الصحي أو إيقافه أو تغييره أو أرباح التأمين على الحياة، بما في ذلك الرعاية الطبية؟)

الرعاية (هل جرى أي تغيير في الفترة الزمنية الخاصة برعاية الأطفال؟)

خدمات الدعم الداخلية (هل تم بدء الحصول على الخدمات أو إيقافها)

حضور المدرسة

* فيما يتعلق فقط - هل يتمتع الطلاب التي تتراوح أعمارهم بين 6-18 عن الحضور إلى المدرسة أم هل يبدو الحضور إليها بشكل معتاد؟

* فيما يتعلق بالطلاب الذين يتعدى عمرهم 16 سنة أو أكبر - هل يبدو الذهاب إلى المدرسة أم يمتنعون عن الذهاب إليها؟ (قد يكون باستطاعتك المطالبة بتكاليف الكتب أو المواصلات وما إلى ذلك)

قام شخص ما بدفع جميع تكاليف المنزل أو الطعام أو الملابس أو المرافق. (الرجاء التوضيح) "_____"

أخرى _____

الرجاء القراءة جيداً ثم التوقيع وكتابة التاريخ

بالتوقيع على هذا النموذج:

- أقر وأشهد، بموجب عقوبة الشهادة الزور، أن جميع الإجابات الواردة في هذا التقرير صحيحة وكاملة حسب ما أعلم.
- أقر بعقوبات الاحتياك كما يلي: يمكن أن اعتقل لمدة 20 عاماً وأدفع غرامة تصل إلى \$250,000. يمكن أن يتعين علي إعادة جميع الأرباح إذا كنت لا أستحقها. وفي المرة الأولى التي أقوم فيها بانتهاك القوانين عن عمد، فلن أتمكن من الحصول على المساعدات الغذائية (CalFresh) لمدة عام وفي المرة الثانية عامان وبعد المرة الثالثة فلن أتمكن من الحصول على المساعدات الغذائية (CalFresh) مرة أخرى.
- أقر وأقبل تقديم نسخ من جميع المستندات المطلوبة لإكمال التقرير النصف سنوي.
- أقر أنه في بعض الحالات، يمكن أن يطلب مني تقديم الإقرار للمقاطعة لعمل أية اتصالات لازمة لتحديد الأهلية.

الشهادة - تحذير من الاحتياك

أقر أن: في حالة الإبلاغ عن جميع الحقائق أو تقديم معلومات خاطئة عن الدخل أو الملكية أو حالة الأسرة للحصول على المساعدة أو الإعانات، يمكن أن أعاقب قانونياً. يمكن أن تُوجه لي تهمة ارتكاب جريمة عند دفع ما يزيد عن \$950 من المساعدة المادية (Cash Aid) و/أو تم الحصول على المساعدات الغذائية (CalFresh) بطريقة خاطئة كنتيجة لأفعالي. استلمت نسخة بالتعليمات والعقوبات الخاصة بتقرير حالة أهلية SAR 7 للمساعدات المادية (Cash Aid) والمساعدات الغذائية (CalFresh).

يتعين عليك التوقيع على هذا التقرير بعد آخر يوم من شهر التقرير وإلا سيُعتبر غير مكتمل. أقر بموجب عقوبة الشهادة الزور وفقاً لقوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن جميع الحقائق المدرجة في هذا التقرير صحيحة ومكتملة.

من يتعين عليه التوقيع أدناه:	فيما يتعلق بالمساعدات المادية (Cash Aid): أنت وزوجك والشريك المحلي المسجل أو الوالد الآخر (الأطفال الحاصلين على المساعدة المادية) عند الإقامة في المنزل.	فيما يتعلق بالمساعدات الغذائية (CalFresh): رب الأسرة أو عضو الأسرة المسؤول أو ممثل الأسرة المخول.
التوقيع أو العلامة	رقم هاتف المنزل ()	رقم هاتف جهة الاتصال/الجوال ()
توقيع الزوج أو الشريك المحلي المسجل أو والد الأطفال الحاصلين على المساعدات المادية (REN) الشريك المحلي المسجل أو والد الأطفال الحاصلين على المساعدات المادية (REN)	تاريخ التوقيع	تاريخ التوقيع
	توقيع الشاهد أو المترجم أو أي شخص آخر يكمل النموذج.	تاريخ التوقيع