

طلب الحصول على إعانات برنامج Summer EBT في ولاية أوريغون

أكمل طلبًا واحدًا لكل أسرة .
يُرجى استخدام قلم حبر أزرق أو أسود فقط، وتجنب استخدام أقلام الرصاص أو الأقلام الملونة.
طريقة تظليل الفقاعات في النموذج: صحيح ● غير صحيح ○

هام

- بإمكانك تقديم طلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت. يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني sebt.oregon.gov لبدء تقديم طلبك أو للحصول على مزيد من المعلومات .
- المعلومات المطلوبة: الأسئلة التي تحمل علامة النجمة * إلزامية. في حال عدم الإجابة عن الأسئلة الإلزامية التي تحمل علامة *، ستستغرق معالجة طلبك وقتًا أطول.
- يُرجى إكمال جميع الصفحات المطلوبة، والتوقيع على طلبك وإرساله إلى:
- البريد الإلكتروني: SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov؛ أو
- البريد: Oregon Summer EBT Program Center
PO Box 14840
Salem, OR 97309

ما هو برنامج Summer EBT؟

برنامج Summer EBT هو برنامج إعانات غذائية سنوي يهدف إلى مساعدة الأسر على شراء الغذاء لأطفالهم ممن هم في سن المدرسة خلال فصل الصيف. ستحصل الأسر على مبلغ 120 دولارًا أمريكيًا لكل طفل مؤهل للبرنامج. تُعتبر الأسر المشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو خطة أوريغون الصحية (Medicaid) مؤهلة تلقائيًا للبرنامج ولا تحتاج إلى تقديم طلب. كما يُعتبر الأطفال الذين يعيشون في دور الرعاية البديلة، أو المسجلون في برامج المهاجرين، أو المعروفون لدى المدرسة بأنهم يعانون من التشرد، أو الملتحقون ببرنامج Head Start مؤهلين تلقائيًا لبرنامج Summer EBT.

قبل البدء - يُرجى مراجعة هذه المعلومات لمساعدتنا في إتمام إجراءات طلبك .

1. استخدام مصطلح "الأسرة": يُقصد بالأسرة مجموعة من الأفراد، تربطهم أو لا تربطهم صلة قرابة، يقيمون معًا ويتشاركون في أمور المعيشة الأساسية كالغذاء والموارد المالية.
2. توجيهات بشأن المستلزمات الضرورية:

عنوان المراسلات البريدية للأسرة

- سيستخدم هذا العنوان لإرسال الإشعارات وبطاقات Oregon EBT.
- في حال تغيير السكن، يُرجى التقدم بطلب للحصول على الإعانات في الولاية التي أنهى فيها طفلك العام الدراسي.



دخل الأسرة

- معلومات عن إجمالي الدخل (قبل خصم أي ضرائب أو استقطاعات) لجميع البالغين والأطفال في الأسرة (يُرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمزيد من المعلومات).



معلومات الطفل

- الأسماء وتواريخ الميلاد
- المدرسة والمنطقة التعليمية التي أنهى فيها كل طفل العام الدراسي



3. يُرجى تحديد وسيلة الاتصال المفضلة ولغة الإخطار

بإمكانك اختيار وسيلة الاتصال المفضلة لك. يُرجى تقديم هذه الصفحة مع طلبك.

- تتوفر المكالمات الهاتفية/الرسائل النصية ورسائل البريد الإلكتروني باللغتين الإنجليزية والإسبانية .
- ستكون اللغة الإنجليزية هي اللغة الافتراضية للمكالمات الهاتفية/الرسائل النصية ورسائل البريد الإلكتروني ما لم يتم اختيار اللغة الإسبانية .
- تتوفر عشر لغات للإشعارات المرسلة عبر البريد. ستكون اللغة الإنجليزية هي اللغة الافتراضية ما لم يتم اختيار خيار آخر.

ما هي وسيلة التواصل المفضلة لك؟

- ☐ البريد الإلكتروني ☐ الهاتف/الرسائل النصية

ما هي لغة الإخطار المفضلة لك؟

- ☐ українська / Ukrainian ☐ Tiếng Việt/ Vietnamese ☐ русский язык/ Russian ☐ Español/ Spanish ☐ English
- ☐ 汉语/ الصينية المبسطة ☐ 漢語/ الصينية التقليدية ☐ اللغة العربية / Arabic ☐ Trukese/ Chuukese ☐ Af Soomaaliga/ Somali

تُستخدم حدود الدخل الفيدرالية لتحديد مدى أهلية الطفل للحصول على إعانات برنامج Summer EBT. يجب أن يكون إجمالي الدخل الإجمالي للأسرة، قبل خصم الضرائب والاستقطاعات، أقل من حد الدخل الفيدرالي المحدد من قبل برنامج Summer EBT. لمعرفة المزيد حول حد الدخل الفيدرالي، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني SEBT.Oregon.Gov.

مصادر الدخل والأمثلة

مصادر دخل الأشخاص البالغين		
مكتسبات العمل	المساعدة/البطالة نفقة الزوجة/نفقة الطفل	المعاشات/التقاعد/مصادر أخرى
<ul style="list-style-type: none"> • الراتب، الأجور، المكافآت النقدية، الإكراميات، العمولات • صافي الدخل من العمل الحر (الزراعة أو الأعمال التجارية) • إذا كنت عنصرًا في الجيش الأمريكي: • الراتب الأساسي والمكافآت النقدية (لا يشمل ذلك بدل القتال، أو بدل المعيشة الأسري التكميلي (FSSA)، أو بدلات السكن الخاص) • بدلات السكن خارج القاعدة، والغذاء، والملابس 	<ul style="list-style-type: none"> • إعانات البطالة • تعويض العمال • دخل الضمان التكميلي (SSI) • مدفوعات نفقة الزوجة • مدفوعات نفقة الطفل • إعانات المحاربين القدامى • إعانات الإضراب 	<ul style="list-style-type: none"> • الضمان الاجتماعي/الإعاقعة (بما في ذلك تقاعد السكك الحديدية وإعانات الرثة السوداء) • المعاشات التقاعدية الخاصة أو إعانات الإعاقة • الدخل من الصناديق الائتمانية أو التراك • الدفعات السنوية • دخل الاستثمار • الفوائد المكتسبة • إيرادات الإيجارات • دفعات نقدية منتظمة من خارج الأسرة

مصادر دخل الطفل - الأموال الواردة من خارج الأسرة والتي تُدفع مباشرة لأطفالك.

- طفل يعمل بدوام كامل أو جزئي منتظم ويتقاضى راتبًا أو أجرًا
- طفل يعاني من العمى أو الإعاقة ويتلقى إعانات الضمان الاجتماعي
- طفل يتلقى إعانات الضمان الاجتماعي لأن والده مصاب بإعاقة أو متقاعد أو متوفى
- صديق أو أحد أفراد العائلة يقدم لطفل مصروفًا شخصيًا بشكل منتظم
- طفل يتلقى دخلاً منتظمًا من صندوق معاشات خاص أو دفعة سنوية أو صندوق ائتمان

إذا فعلت ما يلي ...	ستفقد إعانات الطعام...
<ul style="list-style-type: none"> • إخفاء المعلومات أو تقديم بيانات غير صحيحة. • استخدام بطاقات التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) التي تخص شخصاً آخر؛ • استخدام الإعانات الغذائية لشراء الكحول أو التبغ. • مقايضة أو بيع الإعانات أو بطاقات EBT. • تفريغ الحاويات فقط لقيمة الاسترداد النقدي. • إعادة بيع المواد الغذائية المشتراة بالإعانات الغذائية مقابل مبالغ نقدية. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 شهراً للمخالفة الأولى. • 24 شهراً للمخالفة الثانية. • بشكل دائم للمخالفة الثالثة.
<ul style="list-style-type: none"> • مقايضة إعانات الطعام بالمواد الخاضعة للرقابة مثل العقاقير. 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 شهراً للمخالفة الأولى. • بشكل دائم للمخالفة الثانية.
<ul style="list-style-type: none"> • مقايضة إعانات الطعام بالأسلحة النارية والذخيرة والمتفجرات. 	<ul style="list-style-type: none"> • بصورة دائمة.
<ul style="list-style-type: none"> • مقايضة أو بيع أو شراء إعانات الطعام بمبلغ 500 دولار أو أكثر . 	<ul style="list-style-type: none"> • بصورة دائمة.
<ul style="list-style-type: none"> • إعطاء معلومات خاطئة عن هويتك أو مكان إقامتك حتى تحصل على إعانات طعام إضافية. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 سنوات لكل جنحة.
<p>بالإضافة إلى ذلك، قد تُفرض عليك غرامة مالية تصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو قد تُسجن لمدة تصل إلى 20 عامًا، أو قد تتعرض لكتلتا العقوبتين معاً، وذلك لارتكاب هذه الأفعال. كما قد تُوجه إليك اتهامات بموجب قوانين فيدرالية أخرى.</p>	
إذا فعلت عمداً ما يلي ...	فربما ...
<ul style="list-style-type: none"> • استخدام بطاقات EBT ليست لك؛ • نقل بطاقات EBT الخاصة بك إلى أشخاص آخرين؛ • شراء أو تملك بطاقات EBT ليست لك. 	<ul style="list-style-type: none"> • مذنّب بجنحة أو جناية؛ • تُعزَّم. • توضع في السجن. • غير مؤهل بالمنافع الغذائية لفترة زمنية.

الأسئلة؟

يُرجى مراسلة مركز اتصالات برنامج Summer EBT على البريد الإلكتروني SummerEBTinfo@odhs.Oregon.gov

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجاناً. يُرجى التواصل مع برنامج Summer EBT Unit عبر البريد الإلكتروني summerEBTinfo@odhs.oregon.gov أو الاتصال بالرقم 1-833-673-7328 (مكالمات صوتية/رسائل نصية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

الخطوة الأولى: معلومات الطفل - يُرجى إدراج بيانات كل طفل في أسرتك. حدد ما إذا كنت تتقدم بالطلب نيابة عنه، مع ذكر اسم المدرسة التي يذهب إليها. سيكون الطفل مؤهلاً لبرنامج Summer EBT فقط في حال التحاقه بمدرسة تقدم وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار.

بالنسبة لكل طفل مذكور، يُرجى الإفادة عن إجمالي الدخل (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات) بالدولار الأمريكي فقط (دون إدخال سنتات). يمكن أن يشمل ذلك أرباح العمل، ودخل الضمان التكميلي، وأي دخل آخر. وإذا كان لا يتلقى دخلاً من أي مصدر، فيُرجى كتابة "0". في حال إدخال "0" أو ترك أي حقول فارغة، فإنك بذلك تقرّ (تتعهد) بأن الطفل المذكور ليس لديه أي دخل للإبلاغ عنه.

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟

☐ لا ☐ نعم

دخل الطفل

\$

☐ كل أسبوعين ☐ أسبوعياً

☐ مرتان في الشهر ☐ شهرياً

☐ سنوياً

تاريخ الميلاد (اختياري)

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول * 1

اسم العائلة *

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يُرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)

اسم المنطقة التعليمية

مصدر (مصادر) الدخل

الانتماء الإثني (اختياري)

الأصل العرقي (اختياري)

☐ أبيض ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ أمريكي هندي ☐ من الشرق الأوسط ☐ آسيوي ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

☐ أخرى ☐ أو من جزر المحيط الهادئ الأصليين ☐ أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أو من شمال أفريقيا

☐ نعم ☐ لا

هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟

☐ لا ☐ نعم

دخل الطفل

\$

☐ كل أسبوعين ☐ أسبوعياً

☐ مرتان في الشهر ☐ شهرياً

☐ سنوياً

تاريخ الميلاد (اختياري)

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول * 2

اسم العائلة *

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يُرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)

اسم المنطقة التعليمية

مصدر (مصادر) الدخل

الانتماء الإثني (اختياري)

الأصل العرقي (اختياري)

☐ أبيض ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ أمريكي هندي ☐ من الشرق الأوسط ☐ آسيوي ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

☐ أخرى ☐ أو من جزر المحيط الهادئ الأصليين ☐ أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أو من شمال أفريقيا

☐ نعم ☐ لا

هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟

(تتمة) الخطوة الأولى: معلومات الطفل – اذكر بيانات كل طفل في أسرتك. حدد ما إذا كنت تتقدم بالطلب نيابة عنه، مع ذكر اسم المدرسة التي يذهب إليها. سيكون الطفل مؤهلاً لبرنامج Summer EBT فقط في حال التحاقه بمدرسة تقدم وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار.

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟

☐ لا ☐ نعم

دخل الطفل

\$

☐ كل أسبوعين ☐ أسبوعيًا

☐ مرتان في الشهر ☐ شهريًا

☐ سنويًا

تاريخ الميلاد (اختياري)

الحرف الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول *

الاسم الأول *

اسم العائلة *

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يُرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)

اسم المنطقة التعليمية

مصدر (مصادر) الدخل

الأصل العرقي (اختياري)

☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ آسيوي ☐ من الشرق الأوسط أو من شمال أفريقيا ☐ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ أخرى

الانتماء الإثني (اختياري)

هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟

☐ نعم ☐ لا

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟

☐ لا ☐ نعم

دخل الطفل

\$

☐ كل أسبوعين ☐ أسبوعيًا

☐ مرتان في الشهر ☐ شهريًا

☐ سنويًا

تاريخ الميلاد (اختياري)

الحرف الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول *

الاسم الأول *

اسم العائلة *

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يُرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)

اسم المنطقة التعليمية

مصدر (مصادر) الدخل

الأصل العرقي (اختياري)

☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ آسيوي ☐ من الشرق الأوسط أو من شمال أفريقيا ☐ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ أخرى

الانتماء الإثني (اختياري)

هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟

☐ نعم ☐ لا

الخطوة الثانية: البالغون في الأسرة والدخل - يُرجى إدراج اسم كل بالغ في الأسرة ودخله (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات).

هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك مشترك في أي من هذه البرامج: برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو خطة أوريغون الصحية (Medicaid)؟ إذا قدمت رقم ملف الحالة ONE، فلست بحاجة إلى تقديم أسماء جميع أفراد الأسرة ومعلومات الدخل في الخطوة ب.

رقم ملف الحالة (ليس رقم مستفيد برنامج EBT في أوريغون):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

إذا كانت الإجابة لا -> فيُرجى المتابعة إلى الخطوة ب

إذا كانت الإجابة نعم -> فيُرجى تقديم رقم ملف الحالة ONE، أو كتابة "غير معروف" إذا كنت لا تعرفه:

ب. يُرجى إدراج جميع أفراد الأسرة من البالغين (بما في ذلك نفسك). بالنسبة لكل بالغ مذكور، يُرجى الإفادة عن إجمالي الدخل (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات) بالدولار الأمريكي فقط (دون إدخال سنتات). وإذا كان لا يتلقى دخلاً من أي مصدر، فيُرجى كتابة "0". في حال إدخال "0" أو ترك أي حقول فارغة، فإنك بذلك تقرّ (تتعهد) بأن الشخص المذكور ليس لديه أي دخل للإبلاغ عنه.

المعاشات، والتقاعد، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي ودخل آخر*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر	
<input type="checkbox"/> سنويًا				

الإعانات، وإعانات البطالة،
ودعم الطفل ونفقة الزوجة
المطلقة *

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً				
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر				
	<input type="radio"/>		سنوياً				

مُكتسبات العمل *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعيًا	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>	شهريًا	<input type="radio"/>	سنويًا		

إجمالي أفراد الأسرة
من الأطفال

--	--

إجمالي أفراد
الأسرة البالغين

--	--

تاریخ المیلاد (اختیاری)

		\			\		
--	--	---	--	--	---	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

[illegible]

اسم العائلة *

[illegible]

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر	<input type="radio"/>	سنوياً

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً		
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر		
	<input type="radio"/>		سنوياً		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		سنويًا			

تاریخ المیلاد (اختیاری)

		\backslash			\backslash		
--	--	--------------	--	--	--------------	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

[illegible]

اسم العائلة *

[illegible]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعيًا	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>	شهريًا	<input type="radio"/>	سنويًا		

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً		
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر		
	<input type="radio"/>	سنوياً			

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سنويًا	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

تاریخ میلاد (اختیاری)

		\			\		
--	--	---	--	--	---	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

[illegible]

اسم العائلة *

[illegible]

إضافة المزيد من البالغين
في الصفحة 11

الخطوة الرابعة التوقيع ومعلومات الاتصال - يُرجى تقديم توقيعك واسمك بخط واضح للتصديق على الطلب. يُرجى ذكر أفضل وسيلة للتواصل معك. العناصر التي تحمل علامة * هي حقول إلزامية .

تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة)										تاريخ الميلاد (اختياري)										توقيع البالغ*									
اسم الأول للبالغ *										رقم الهاتف																			
اسم العائلة للبالغ *																													
سطر العنوان البريدي للمنزل 1																													
سطر العنوان البريدي للمنزل 2																													
المدينة										الولاية										الرمز البريدي									
عنوان البريد الإلكتروني																													

بتوقيعي هذا، أَقَرُّ (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأنه تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل. وأتفهم أن هذه المعلومات تُقدم فيما يتعلق باستلام أموال فيدرالية، وأنه يحق لدائرة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون التحقق (التأكد) من هذه المعلومات. وأنا على علم بأنه في حال تعمّدي تقديم معلومات خاطئة، فقد أكون غير مؤهل للحصول على الإعانات أو قد أطلب بردها، وقد أتعرض للملاحقة القانونية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها".

تنويه وزارة الزراعة الأمريكية بشأن عدم التمييز - وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) المتعلقة بالحقوق المدنية، يُحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو التأثير لنشاط سابق في مجال الحقوق المدنية. قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل الطباعة بطريقة برايل، والطباعة بالحروف الكبيرة، والشرط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية)، يجب عليهم التواصل مع الوكالة الحكومية أو المحلية المسؤولة عن إدارة البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم (202) 720-2600 (مكالمات صوتية وهاتف نصي) أو التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التحويل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مُقدم الشكوى إكمال النموذج AD-3027، وهو نموذج الشكوى ضد التمييز التابع لوزارة الزراعة الأمريكية والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو عن طريق الاتصال على الرقم 632-9992 (866)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن يتضمن الخطاب اسم مُقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ الأمين المساعد لإدارة الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب إرسال النموذج AD-3027 المكمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

الفاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو

البريد الإلكتروني: Program.Intake@usda.gov

البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410؛ أو

استخدام إقرار المعلومات، وإقرار الأهلية الفئوية، وإقرار الإفصاح عن المعلومات – يتطلب قانون Richard B. Russell National School Lunch Act أن نستخدم المعلومات الواردة في هذا الطلب لتحديد المستحقين لإعانات برنامج Summer EBT. لن نتمكن من الموافقة إلا على النماذج المستوفاة. يجوز لنا مشاركة معلومات أهليتك مع البرامج التعليمية والصحية والغذائية لمساعدتها في تقديم إعانات البرامج إلى أسرتك. يجوز للمفتشين وجهات إنفاذ القانون أيضًا استخدام معلوماتك للتأكد من الالتزام بقواعد البرنامج. بعض الأطفال مؤهلون لبرنامج Summer EBT دون الحاجة إلى تقديم طلب. يُرجى الاتصال بالولاية أو المنظمة القبلية الهندية (ITO) لديك للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لأي طفل في دار رعاية أو مشرد أو مهاجر أو هارب. هذه المؤسسة توفر فرص متساوية.



○ γ

أ. هل تود منح الإذن لممثل مفوض لتقديم طلب للحصول على الإعانات نيابةً عنك؟

تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة)

توقيع الممثل المفوض

الاسم الأول للممثل

اسم العائلة للممثل

عنوان البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

بيانات وتنويهات الطلب

حقوق ومسؤوليات الممثل المفوض

يجوز للممثل المُفَوَّض القيام بأمور مثل ما يلي نيابةً عن الموكل (الموكلين): التوقيع على الطلبات وتقديمها، والإبلاغ عن التغييرات، وتلقي نسخ من الإشعارات والمراسلات الأخرى. يتصرف الممثل المُفَوَّض نيابةً عن الموكل (الموكلين) بشأن إعانات برنامج Summer EBT التابع لإدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون (ODHS) الذي يتقدم للحصول عليها أو يتلقاها. ويسري هذا على جميع الموكلين في ملف الحالة. يحل الممثل المُفَوَّض المذكور في هذا النموذج محل أي ممثلين معتمدين معينين سابقاً في ملف الحالة. يظل الشخص أو المؤسسة التي يتم اختيارها كممثل معتمد هي الممثل المُفَوَّض حتى:

- يُبلغ أحد الموكلين في ملف الحالة إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- يُبلغ الممثل المُفَوَّض إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- لم يعد يُسمح للشخص أو المؤسسة بالعمل كممثل مُفَوَّض للموكل.

إذا قدّم الممثل المُفوض معلومات خاطئة أو غير كاملة إلى إدارة الإنسانية البشرية في ولاية أوريغون وأدت هذه المعلومات إلى دفع مبالغ زائدة، فسيتعين على الموكلين وأي أطراف أخرى مسؤولة دفع المبالغ التي لم يكن ينبغي عليهم الحصول عليها. وإذا حجب الممثل المُفوض معلومات أو قدّم معلومات خاطئة عن علم، فسيتعين على الممثل المُفوض أيضًا دفع أي مبالغ تم تكبدها بسبب هذا التصرف.

يجب على الممثل المَفوض الحفاظ على سرية أي معلومات تقدمها إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون بشأن أي شخص مذكور في الطلب أو ملف الحالة، بالإضافة إلى الالتزام بأي قوانين بالولاية وقوانين اتحادية أخرى ذات صلة تتعلق بتضارب المصالح وسرية المعلومات.

قواعد ولاية أوريغون الإدارية: 461-115-0090.

قواعد ولاية أوريغون الإدارية: 461-115-0090.

الاسم الأول *	تاريخ الميلاد (اختياري)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير *	5	الطفل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
اسم العائلة *					
<input type="text"/>					
اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)					
<input type="text"/>					
اسم المنطقة التعليمية					
<input type="text"/>					
مصدر (مصادر) الدخل					
<input type="text"/>					

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟	دخل الطفل	\$	تاريخ الميلاد (اختياري)	الاسم الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير *
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
اسم المنطقة التعليمية					
<input type="text"/>					
مصدر (مصادر) الدخل					
<input type="text"/>					

كل أسبوعين	أسبوعيًا	مرتان في الشهر	شهريًا	سنويًا	أبيض	من سكان هاواي الأصليين	أمريكي هندي	من الشرق الأوسط	آسيوي	أمريكي من أصل أفريقي	أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	الانتماء الإثني (اختياري)	هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الطفل **6** الاسم الأول *

تاريخ الميلاد (اختياري) \ \

اسم العائلة *

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يُرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه)

اسم المنطقة التعليمية

مصدر (مصادر) الدخل

الأصل العرقي (اختياري)

الانتماء الإثني (اختياري)

هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟ ☐ نعم ☐ لا

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ آسيوي ☐ من الشرق الأوسط أو من شمال أفريقيا ☐ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ أو من جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ أخرى ☐

[illegible]

الطفل 8

الاسم الأول * _____

تاريخ الميلاد (اختياري) _____

الاسم الأوسط _____

الاسم الأخير _____

اسم العائلة * _____

اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمه) _____

اسم المنطقة التعليمية _____

مصدر (مصادر) الدخل _____

الأصل العرقي (اختياري)

<input type="radio"/> أبيض	<input type="radio"/> من سكان هاواي الأصليين	<input type="radio"/> أمريكي هندي	<input type="radio"/> من الشرق الأوسط	<input type="radio"/> أسود أو
<input type="radio"/> أخرى	<input type="radio"/> أو من جزر المحيط الهادئ	<input type="radio"/> أو من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="radio"/> أو من شمال أفريقيا	<input type="radio"/> أمريكي من أصل أفريقي
				<input type="radio"/> آسيوي

الانتماء الإثني (اختياري)

☐ نعم هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟

☐ لا

المعاشات، والتقاعد، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي ودخل آخر *

الإعانات، وإعانات البطالة،
ودعم الطفل ونفقة الزوجة
المطلقة *

مُكتسبات العمل *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سنويًا

<input type="radio"/> كل أسبوعين	<input type="radio"/> أسبوعيًا			
<input type="radio"/> شهريًا	<input type="radio"/> مرتان في الشهر			
<input type="radio"/> سنويًا				

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعياً	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهرياً	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سنوياً

\$ تاريخ الميلاد (اختياري)

		\backslash			\backslash		
--	--	--------------	--	--	--------------	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

4

اسم العائلة *

[illegible][illegible]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعيًا	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>	شهريًا	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	سنويًا

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	سنوياً		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعياً	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهرياً	<input type="checkbox"/>	سنوياً		

\$ تاريخ الميلاد (اختياري)

		\backslash			\backslash	
--	--	--------------	--	--	--------------	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

5

اسم العائلة *

[illegible][illegible]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سنويًا

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعيًا	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهريًا	<input type="checkbox"/>	سنويًا	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	كل أسبوعين	<input type="checkbox"/>	أسبوعياً	<input type="checkbox"/>	مرتان في الشهر
<input type="checkbox"/>	شهرياً	<input type="checkbox"/>	سنوياً	<input type="checkbox"/>	

\$ تاريخ الميلاد (اختياري)

		\			\		
--	--	---	--	--	---	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

6

اسم العائلة *

[illegible][illegible]

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعيًا
<input type="radio"/>	شهريًا	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>		سنويًا	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعيًا	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/>	شهريًا	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	سنويًا

<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	مرتان في الشهر
<input type="radio"/> سنوياً			

\$ تاريخ الميلاد (اختياري)

		\backslash			\backslash		
--	--	--------------	--	--	--------------	--	--

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

البالغ الاسم الأول *

7

اسم العائلة *

[illegible][illegible]