

طلب الحصول على إعانات برنامج Summer EBT في ولاية أوريغون

أكمل طلبًا واحدًا لكل أسرة.

يرجى استخدام قلم حبر أزرق أو أسود فقط، وتجنب استخدام أقلام الرصاص أو الأقلام الملونة.

طريقة تظليل الفقاعات في النموذج: صحيح  غير صحيح 

هام

- يمكنك تقديم طلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني sebt.oregon.gov لبدء تقديم طلبك أو للحصول على مزيد من المعلومات.
- المعلومات المطلوبة: الأسئلة التي تحمل علامة * إلزامية. في حال عدم الإجابة عن الأسئلة الإلزامية التي تحمل علامة **، ستنظر معايير طلبك وقتاً أطول.
- يرجى 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 للأطفالهم ممن هم في سن المدرسة خلال فصل الصيف. ستحصل الأسر على مبلغ 120 دولاراً 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 تلقائياً 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 تلقائياً لبرنامج Summer EBT.

قبل البدء – يرجى مراجعة هذه المعلومات لمساعدتنا في إتمام إجراءات طلبك.

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

عنوان المراسلات البريدية للأسرة



- سيُستخدم هذا العنوان لإرسال الإشعارات وبطاقات Oregon EBT.
- في حال تغير السكن، يرجى 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 (يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمزيد من المعلومات).



معلومات الطفل

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



3. يرجى تحديد وسيلة الاتصال المفضلة ولغة الإخطار

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

- توفر 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.
- توفر عشر لغات للإشعارات المرسلة عبر البريد. ستكون اللغة الإنجليزية هي اللغة الافتراضية ما لم يتم اختيار خيار آخر.

ما هي وسيلة التواصل المفضلة لك؟



ما هي لغة الإخطار المفضلة لك؟

<input type="radio"/> українська / Ukrainian	<input type="radio"/> Tiếng Việt/ Vietnamese	<input type="radio"/> русский язык/ Russian	<input type="radio"/> Español/ Spanish	<input type="radio"/> English
<input type="radio"/> 汉语/ الصينية المبسطة	<input type="radio"/> 漢語/ الصينية التقليدية	<input type="radio"/> اللغة العربية / Arabic	<input type="radio"/> Trukese/ Chuukese	<input type="radio"/> Af Soomaaliga/ Somali

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

مصادر الدخل والأمثلة

مصادر دخل الأشخاص البالغين		
المعاشات/التقاعد/مصادر أخرى	المساعدة/البطالة نفقة الزوجة/نفقة الطفل	مكتسبات العمل
<ul style="list-style-type: none"> الضمان الاجتماعي/الإعاقة (بما في ذلك تقاعد السلك الحديدي وإعانت الرئة السوداء) المعاشات التقاعدية الخاصة أو إعانت الإعاقة الدخل من الصناديق الائتمانية أو الترکات الدفعات السنوية دخل الاستثمار الفوائد المكتسبة إيرادات الإيجارات دفعات نقدية منتظمة من خارج الأسرة 	<ul style="list-style-type: none"> إعانت البطالة تعويض العمال دخل الضمان التكميلي (SSI) مدفوعات نفقة الزوجة مدفوعات نفقة الطفل إعانت المحاربين القدامى إعانت الإضراب 	<ul style="list-style-type: none"> الراتب، الأجر، المكافآت النقدية، الإكراميات، العمولات صافي الدخل من العمل الحر (الزراعة أو الأعمال التجارية) إذا كنت عنصراً في الجيش الأمريكي: <ul style="list-style-type: none"> 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

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

- طفل يعمل بدوام كامل أو جزئي منتظم ويتقاضى راتباً أو أجراً
- طفل يعاني من العمى أو الإعاقة ويتلقي إعانت الضمان الاجتماعي
- طفل يتلقى إعانت الضمان الاجتماعي لأن والده مصاب بإعاقة أو متلازمة
- صديق أو أحد أفراد العائلة يقدم لطفل مصروفاً شخصياً بشكل منتظم
- طفل يتلقى دخلاً منتظماً من صندوق معاشات خاص أو دفعات سنوية أو صندوق ائتمان

إذا فعلت ما يلي ...	ستفقد إعانت الطعام...
<ul style="list-style-type: none"> إخفاء المعلومات أو تقديم بيانات غير صحيحة. استخدام بطاقات التحويل الإلكتروني للإعانت (EBT) التي تخص شخصاً آخر؛ استخدام الإعانت الغذائية لشراء الكحول أو التبغ. مقايضة أو بيع الإعانت أو بطاقات EBT. تغريب الحاويات فقط لقيمة الاسترداد النقدي. إعادة بيع المواد الغذائية المشتراء بالإعانت 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 إعانت 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 إعانت الطعام بالأسلحة النارية والذخيرة والمتفرجات. 	<ul style="list-style-type: none"> بصورة دائمة.
<ul style="list-style-type: none"> مقايضة أو بيع أو شراء إعانت 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 إعانت طعام إضافية. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 سنوات لكل جنحة.
<p>بالإضافة إلى ذلك، قد تفرض عليك غرامة مالية تصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو قد تُسجن لمدة تصل إلى 20 عاماً، أو قد تتعرض لكنا العقوبيتين معاً، وذلك لارتكاب هذه الأفعال. كما قد تُوجه إليك اتهامات بمحب 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"> مذنب بجنحة أو جنائية؛ ثُغَرَم. 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.

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟		الاسم الأول *	
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	الاسم الأول من الأسم الأوسط	
دخل الطفل		التاريخ الميلاد (اختياري)	
<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="radio"/> ١ <input type="radio"/> ١	
\$		اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمها)	
		اسم المنطقة التعليمية	
		مصدر (مصادر) الدخل	
الانتماء الإثني (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"/> أخرى <input type="radio"/> أو من جزر المحيط أو من سكان ألاسكا <input type="radio"/> أو من شمال أفريقيا <input type="radio"/> آسيوي <input type="radio"/> أسود أو <input type="radio"/> الهادئ <input type="radio"/> الأصليين <input type="radio"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="radio"/> هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟			
هل هذا الطفل من أصول هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟		<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> 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 أوريجون 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 أوريجون):

--	--	--	--	--

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

إذا كانت الإجابة لا <-فيرجي المتابعة إلى الخطوة ب

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، فيرجي كتابة "0". في حال إدخال "0" أو ترك أي حقول فارغة، فإنك بذلك تُقر (تعهد) بأن الشخص المذكور ليس لديه أي دخل للإبلاغ عنه.

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

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

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	

مكتسبات العمل *

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

إجمالي أفراد الأسرة من الأطفال

إجمالي أفراد الأسرة البالغين

--	--

--	--

تاريخ الميلاد (اختياري)

--	--	--	--	--

الحرف الأول من الاسم الأوسط

--	--	--	--	--

البالغ الاسم الأول *
اسم العائلة *

1

<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="radio"/> كل أسبوعين	<input type="radio"/> أسبوعياً
<input type="radio"/> شهرياً	<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	

تاريخ الميلاد (اختياري)

--	--	--	--	--

الحرف الأول من الاسم الأوسط

--	--	--	--	--

البالغ الاسم الأول *
اسم العائلة *

2

<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="radio"/> كل أسبوعين	<input type="radio"/> أسبوعياً
<input type="radio"/> شهرياً	<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	

تاريخ الميلاد (اختياري)

--	--	--	--	--

الحرف الأول من الاسم الأوسط

--	--	--	--	--

البالغ الاسم الأول *
اسم العائلة *

3

إضافة المزيد من البالغين
في الصفحة 11

تاریخ المیلاد (اختیاری)	تاریخ الیوم (شهر/یوم/سنه)	توقيع البالغ*
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم الهاتف	الاسم الأول للبالغ *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
اسم العائلة للبالغ *		
<input type="text"/>		
سطر العنوان البريدي للمنزل 1		
<input type="text"/>		
سطر العنوان البريدي للمنزل 2		
الولاية	المدينة	المدينة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
عنوان البريد الإلكتروني		
<input type="text"/>		

تنويه وزارة الزراعة الأمريكية بشأن عدم التمييز - وفقاً 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 (مثلاً الطباعة بطريقة برايل، والطباعة بالحروف الكبيرة، والشريط 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 (800) 877-8339. لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم 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 مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراءات التميizi 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

بتوقيعي هذا، "أقر (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأنه تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل. وأنفهم أن هذه المعلومات تقدم فيما يتعلق باستلام أموال فيدرالية، وأنه يحق للدائرة الخدمات الإنسانية في ولاية أو리غون التتحقق (التأكد) من هذه المعلومات. وأننا على علم بأنه في حال تعمدي تقديم معلومات خاطئة، فقد أكون غير مؤهل للحصول على الإعانات أو قد أطالب بردتها، وقد أتعرض للملaqueة القانونية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعول بها".

استخدام إقرار المعلومات، وإقرار الأهلية الفئوية، وإقرار الإفصاح عن المعلومات - يتطلب قانون Richard B. Russell National School Lunch Act أن يستخدم المعلومات الواردة في هذا الطلب لتحديد المستحقين لإنجاز 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 أيضاً 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.



(اختياري) توقيع الممثل المفوض – يمكنك اختيار شخص ليكون ممثلاً مفوضاً. الممثل المفوض هو شخص تعرفه ويمكنه مساعدتك في تقديم الطلب وإرسال المعلومات.

لا نعم

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

ب. إذا كانت الإجابة نعم >-فيرجي من الممثل المفوض التوقيع وإدخال بياناته أدناه:

تاریخ الیوم (شهر/یوم/سنة)

--	--	--	--	--

المؤسسة

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

توقيع الممثل المفوض

الاسم الأول للممثل

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

الاسم الأوسط

اسم العائلة للممثل

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

عنوان البريد الإلكتروني

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

رقم الهاتف

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

بتوقيعي هذا، أقر (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأنه تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل. وأتفهم أن هذه المعلومات تقدم فيما يتعلق باستلام أموال فيدرالية، وأنه يحق للدائرة التتحقق (التأكد) من هذه المعلومات. وأنا على علم بأنه في حال تعمدي تقديم معلومات خاطئة، فقد أكون غير مؤهل للحصول على الإعانات أو قد أطالب بردها، وقد أتعرض لللاحقة القانونية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها".

بيانات وتنويهات الطلب

حقوق ومسؤوليات الممثل المفوض

يجوز للممثل المفوض القيام بأمور مثل ما يلي نيابةً عن الموكل (الموكلين): التوقيع على الطلبات وتقديمها، والإبلاغ عن التغييرات، وتلقي نسخ من الإشعارات والمراسلات الأخرى. يتصرف الممثل المفوض 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 الحال. يحل الممثل المفوض المذكور في هذا النموذج محل أي ممثلين معتمدين سابقًا في ملف الحال. يظل الشخص أو المؤسسة التي يتم اختيارها كممثل معتمد هي الممثل المفوض حتى:

- يبلغ أحد الموكلين في ملف الحال إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- يبلغ الممثل المفوض إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- لم يعد يسمح للشخص أو المؤسسة بالعمل كممثل مفوض للموكل.

إذا قدم الممثل المفوض 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 المفوض معلومات أو قدم معلومات خاطئة عن علم، فسيتعين على الممثل المفوض أيضًا دفع أي مبالغ تم تكبدها بسبب هذا التصرف.

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

قواعد ولاية أوريغون الإدارية: 461-115-0090.

هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟		تاريخ الميلاد (اختياري)			الحرف الأول من الاسم الأوسط		الاسم الأول *		الطفل	
<input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم		/ /			/		_____		_____	
دخل الطفل		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> كل أسبوعين <input type="radio"/> أسبوعياً		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> شهرياً <input type="radio"/> مرتان في الشهر		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> سنوياً		_____			_____		_____		_____	
\$		_____			_____		_____		_____	
اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمها)		_____			_____		_____		_____	
\$		_____			_____		_____		_____	
اسم المنطقة التعليمية		_____			_____		_____		_____	
مصدر (مصادر) الدخل		_____			_____		_____		_____	
_____		_____			_____		_____		_____	
الانتماء الإثني (اختياري)		الأصل العرقي (اختياري)			الأصل العرقي (اختياري)		هل هذا الطفل من أصول		هل هذا الطفل من أصول	
<input type="radio"/> أبيض <input type="radio"/> أخرى		<input type="radio"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="radio"/> أو من جزر المحيط الهايي			<input type="radio"/> أمريكي هندي <input type="radio"/> أو من سكان ألاسكا الأصليين		<input type="radio"/> أسود أو <input type="radio"/> أمريكي من أصل أفريقي		<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
<input type="radio"/> أخرى		<input type="radio"/> أو من جزر المحيط الهايي			<input type="radio"/> من الشرق الأوسط <input type="radio"/> أو من شمال أفريقيا		<input type="radio"/> آسيوي		<input type="radio"/> هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟	
هل ترغب في التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج Summer EBT لهذا الطفل؟		تاريخ الميلاد (اختياري)			الحرف الأول من الاسم الأوسط		الاسم الأول *		الطفل	
<input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم		/ /			/		_____		_____	
دخل الطفل		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> كل أسبوعين <input type="radio"/> أسبوعياً		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> شهرياً <input type="radio"/> مرتان في الشهر		_____			_____		_____		_____	
<input type="radio"/> سنوياً		_____			_____		_____		_____	
\$		_____			_____		_____		_____	
اسم المدرسة التي تم الالتحاق بها في نهاية العام الدراسي (يرجى تركه فارغاً إذا كنت لا تعرف اسم المدرسة أو لا ترغب في تقديمها)		_____			_____		_____		_____	
\$		_____			_____		_____		_____	
اسم المنطقة التعليمية		_____			_____		_____		_____	
مصدر (مصادر) الدخل		_____			_____		_____		_____	
_____		_____			_____		_____		_____	
الانتماء الإثني (اختياري)		الأصل العرقي (اختياري)			الأصل العرقي (اختياري)		هل هذا الطفل من أصول		هل هذا الطفل من أصول	
<input type="radio"/> أبيض <input type="radio"/> أخرى		<input type="radio"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="radio"/> أو من جزر المحيط الهايي			<input type="radio"/> أمريكي هندي <input type="radio"/> أو من سكان ألاسكا الأصليين		<input type="radio"/> أسود أو <input type="radio"/> أمريكي من أصل أفريقي		<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
<input type="radio"/> أخرى		<input type="radio"/> أو من جزر المحيط الهايي			<input type="radio"/> من الشرق الأوسط <input type="radio"/> أو من شمال أفريقيا		<input type="radio"/> آسيوي		<input type="radio"/> هسبانية أو لاتينية أم من أصول إسبانية؟	

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

الإعانت، وإعانت البطالة،
ودعم الطفل ونفقة الزوجة
*المطلقة

* مُكتسبات العمل

تاريخ الميلاد (اختياري) \$

وَيَوْمَ يُنْهَا عَنِ الْمُنْهَى

الحرف الأول من
الاسم الأوسط

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

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

اسم العائلة

البالغ 4

* سم الأول

<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="radio"/> كل أسبوعين	<input type="radio"/> أسبوعياً			
	<input type="radio"/> شهرياً	<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"/>	سنويًّا		

تاريخ الميلاد (اختياري) \$

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

تاريخ الميلاد (اختياري) \$

كل أسبوعين	أسبوعياً
شهرياً	مرتان في الشهر
سنويًا	

\$				
<input type="radio"/>	كل أسبوعين	<input type="radio"/>	أسبوعياً	الشهر
<input type="radio"/>	شهرياً	<input type="radio"/>	مرتان في	الشهر
<input type="radio"/>	سنويًّا			

<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) \$

* الأدلة

الثالث

892

* العائلة