



السجل الشهري لمشاركة البالغين الأصحاء غير العائلين
(Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD)
في الأنشطة التطوعية
(Arabic)

التعليمات

يستطيع البالغون الأصحاء غير العائلين (ABAWD) الذين لا يعملون تلبية متطلبات العمل الفيدرالية الخاصة ببرنامج ABAWD من خلال المشاركة في برامج تعليمية أو تدريبية محددة لمدة لا تقل عن 20 ساعة أسبوعياً (80 ساعة شهرياً). لا تستخدم هذا النموذج لإثبات الالتحاق بالمدرسة الثانوية أو بالجامعة. للحصول على إرشادات حول كيفية إثبات كونك طالباً في المدرسة الثانوية أو الجامعة، اتصل بمزود خدمة PACE على الرقم الموجود في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار. لا تحتاج إلى تعبئة هذا النموذج إذا كنت مُعفى من متطلبات العمل الفيدرالية الخاصة ببرنامج ABAWD.

■ **الخطوة 1: اطلب من موظف البرنامج إكمال الجزء الثاني**

إذا كنت مسجلاً في برنامج تعليمي أو تدريبي، خذ هذا النموذج إلى مزود البرنامج واطلب منهم تعبئة الجزء الثاني منه. اطلب منهم ملء الجزء الثاني من هذا النموذج.

■ **الخطوة 2: قَدِّم هذا النموذج المكتمل إلى إدارة الموارد البشرية (Human Resource Administration, HRA)**

يجب أن تسلّم هذا النموذج المكتمل إلى مزود خدمة PACE كل شهر لإثبات أنك تلتزم بمتطلبات العمل الفيدرالية لبرنامج ABAWD. إذا لم تقدم إثبات مشاركتك، فقد تفقد مزايا برنامج SNAP الخاصة بك.

ملاحظة: إذا كان هناك ما يمنعك من حضور برنامجك التعليمي أو التدريبي، يرجى إبلاغ مزود PACE عبر الهاتف الموضح في الصفحة الأخيرة، مع ذكر السبب والتاريخ الذي لم تتمكن فيه من الحضور.

الجزء 1: يُملأ من قبل العميل

اسم العميل

المقاطعة

رقم الحالة

العنوان

تفويض العميل

أفوض بالإفراج عن المعلومات المطلوبة الخاصة بالبرنامج التعليمي/التدريبي إلى HRA.

التاريخ

توقيع العميل

السجل الشهري لمشاركة البالغين الأصحاء غير العائلين
في (ABAWD)
في الأنشطة التطوعية (متابعة)

الجزء 2: يُملأ من قبل موظف البرنامج التعليمي أو التدريبي

اسم البرنامج

اسم المزود/الوكالة

عنوان المزود/الوكالة

يشمل هذا البرنامج (ضع علامة على ما ينطبق):

- دبلوم التعليم العام (General Education Diploma, GED)
- اللغة الإنجليزية كلغة ثانية (English as a Second Language, ESL)
- التدريب أثناء العمل أو التعلم المهني
- البحث عن وظيفة
- التدريب المهني أو التقني
- تدريب الجاهزية للعمل
- أخرى:

تاريخ الانتهاء المتوقع

تاريخ بدء العمل في البرنامج

عدد الساعات التي شارك فيها العميل

عدد الساعات الأسبوعية المخصصة للبحث عن عمل أو أنشطة الجاهزية للعمل

هذا البرنامج هو (اختر واحداً)

- برنامج WIOA العنوان الأول
- برنامج بموجب المادة 236 من قانون التجارة لعام 1974
- برنامج توظيف وتدريب للمحاربين القدامى مقدم من وزارة العمل أو شؤون المحاربين القدامى
- خدمة تشغيل للاجئين معترف بها فيدرالياً (معتمدة أو ممولة أو تُدار من مكتب إعادة توطين اللاجئين)

السجل الشهري لمشاركة البالغين الأصحاء غير العائلين
في (ABAWD)
في الأنشطة التطوعية (متابعة)

شهادة البرنامج	
أقرّ بأن العميل المذكور في الجزء الأول يشارك حاليًا في البرنامج الموضح أعلاه.	
اسم موظف البرنامج (بأحرف واضحة)	_____
توقيع موظف البرنامج	_____
رقم هاتف موظف البرنامج	_____
توقيع موظف البرنامج	_____
التاريخ	_____

طرق إعادة هذا النموذج إلى مزود خدمة PACE	
عبر البريد الإلكتروني —	_____
شخصيًا —	يرجى إحضار نسخ من المستندات إلى: _____
إرسال المستندات بالفاكس	_____

هل تعاني إعاقة أو حالة صحية جسدية أو نفسية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه منك أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة حصولك على خدمات أخرى توفرها إدارة HRA أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 718-557-1399. يمكنك طلب المساعدة أيضًا عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.