

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

التعليمات

يمكن للبالغين الأصحاء غير العائلين (ABAWD) الذين لا يعملون أو لا يشاركون في برنامج تعليمي أو تدريبي أن يستوفوا متطلبات العمل الفيدرالية الخاصة ببرنامج ABAWD من خلال التطوع في أنشطة خدمة المجتمع. لا تحتاج إلى تعبئة هذا النموذج إذا كنت مُعفى من متطلبات العمل الفيدرالية الخاصة ببرنامج ABAWD.

■ **الخطوة 1: اعرف عدد الساعات المطلوبة منك**

لمعرفة عدد الساعات التي تحتاجها للتطوع كل شهر، اقسّم مبلغ استحقاقك الشهري من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) على الحد الأدنى الحالي للأجور في ولايتك نيويورك (New York State, NYS). على سبيل المثال: إذا كنت تتلقى \$165 شهرياً من SNAP وتعيش في مدينة نيويورك حيث الحد الأدنى للأجور هو \$16.50، فعليك التطوع لمدة 10 ساعات شهرياً. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في حساب ساعاتك، اتصل بمزود خدمة PACE على رقم الهاتف الموجود في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار.

* ابتداءً من 1 يناير 2026 سيرتفع الحد الأدنى للأجور في مدينة نيويورك إلى \$17.00.

■ **الخطوة 2: اجعل موظف برنامج الخدمة المجتمعية يُكمل الجزء 2 من النموذج**

إذا كنت تتطوع بالفعل أو ترغب في البدء، خذ هذا النموذج إلى منظمة عامة أو غير ربحية واطلب منهم تعبئة الجزء الثاني منه. للتأكد من أن برنامج الخدمة المجتمعية يفي بمتطلبات العمل الفيدرالية لبرنامج ABAWD، أو للعثور على برنامج مناسب، يُرجى التواصل مع مزود خدمة PACE.

ملاحظة: لا يجوز أن تكون أنشطة الخدمة المجتمعية جزءاً من حملة انتخابية لأي مرشح لمنصب عام

■ **الخطوة 3: 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 منعك أي سبب من حضور برنامج الخدمة المجتمعية، فأبلغ مزود خدمة PACE بسبب الغياب وتاريخ (تواريخ) عدم الحضور.

السجل الشهري لمشاركة البالغين القادرين على العمل دون مُعالين
(ABAWD)
في الأنشطة التطوعية (متابعة)

الجزء 1: يتم إكماله بواسطة العميل:

اسم المشارك

المقاطعة

رقم الحالة

العنوان

إذن المشارك

أفوض بالإفراج عن المعلومات المطلوبة المتعلقة ببرنامج التطوع/الخدمة المجتمعية لإدارة HRA.

التاريخ

توقيع المُشارك

الجزء 2: يُملأ بواسطة موظف برنامج التطوع أو الخدمة المجتمعية

اسم البرنامج

اسم المنظمة

عنوان المنظمة

هل المؤسسة عامة أم غير ربحية؟ عامة غير ربحية أخرى

السجل الشهري لمشاركة البالغين القادرين على العمل دون مُعالين
(ABAWD)
في الأنشطة التطوعية (متابعة)

تاريخ بدء المشاركة / / الشهر/السنة الحالية

عدد ساعات التطوع لهذا الشهر

إذا كان المشارك متطوعًا بالفعل، أذكر عدد الساعات التي أكملها في الشهر السابق:

الساعات المكتملة	الشهر/السنة

شهادة البرنامج

أقرّ بأن المشارك المذكور في الجزء الأول يشارك حاليًا في البرنامج الموضح أعلاه.

اسم موظف البرنامج (بأحرف واضحة)




توقيع موظف البرنامج

رقم هاتف موظف البرنامج

التاريخ

توقيع موظف البرنامج

السجل الشهري لمشاركة البالغين القادرين على العمل دون مُعالين
(ABAWD)
في الأنشطة التطوعية (متابعة)

طرق إعادة هذا النموذج إلى مزود خدمة PACE	
عبر البريد الإلكتروني:	
شخصيًا:	
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.