Human Resources Administration
Department of Homeless Services
Department of Social Services

طلب تعديل مبلغ المساعدة الإيجارية التكميلية الخاصة لبرنامج CityFHEPS (Arabic)

أكمل هذا النموذج إذا تغير دخلك وكنت تسعى لتعديل مبلغ المساعدة الإيجارية التكميلية الخاصة ببرنامج CityFHEPS.

القسم رقم 1: معلومات المستأجر		
الاسم الأول:	اسم العائلة:	
العنوان:		الشقة/الغرفة الرقم:
المدينة	الولاية	الرمز البريدي:

القسم رقم 2: معلومات تغيير الدخل
دخل أسرتك المعيشية قد: ☐ زاد ☐ انخفض ☐ انتهى
يُرجى توضيح سبب تغير دخلك: _____ _____ _____ _____

القسم رقم 3: ملخص الدخل الحالي

أكمل الحقول التالية. قم بتضمين كل شخص يعيش معك ويحصل على دخل حالي. قم بتضمين اسمه، ومصدر الدخل (على سبيل المثال: الوظيفة، دخل الضمان التكميلي [دخل الضمان الاجتماعي]، ومخصصات التأمين ضد البطالة)، وإجمالي دخله الشهري.

فرد الأسرة المعيشية	مصدر الدخل	الإجمالي الشهري

(اقلب الصفحة)

القسم رقم 4: المستندات	
ضع علامة على (✓) بجوار المستندات الداعمة التي ستقدمها مع هذا النموذج المكتمل.	
	المستندات الداعمة
☐	كعوب شيكات الدفع
☐	خطاب البطالة
☐	خطاب منحة إعاقة دخل الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي
☐	خطاب مخصصات التأمين ضد البطالة
☐	غير ذلك

القسم رقم 5: رفع الحد الأقصى للإيجار ببرنامج CityFHEPS

إذا قام مالك العقار الخاص بك برفع الحد الأقصى لإيجارك السنوي، فيمكن لإدارة HRA زيادة المساعدة المقدمة إليك وصولاً إلى الحد الأقصى للإيجار السنوي بالنسبة إلى حجم أسرتك المعيشية.

يُرجى إدخال مبلغ الإيجار السنوي الجديد الخاص بك: بالدولار _____

يجب عليك تقديم عقد إيجار موقَّع عليه وفيه مبلغ الإيجار الجديد مع هذا الطلب بعد إكماله.

القسم 6: شهادة

أقر أنا، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن جميع البيانات المدلى بها في هذا الطلب والوثائق المقدمة معه صحيحة وكاملة على حد علمي. وأشهد أنني بالتوقيع على هذا النموذج أوافق على إجراء تحقيق من إدارة الموارد البشرية (Human Resources Administration, HRA) بمدينة نيويورك للتحقق من صحة المعلومات التي قمت بتقديمها أو تأكيدها وتحديد أهليتي لتعديل مبلغ المساعدة الإيجارية التكميلية لبرنامج CityFHEPS.

_____ _____

التوقيع التاريخ

(اقلب الصفحة)

القسم 7: خيارات الإرسال

يُرجى استخدام **أحد** الخيارات أدناه لإرسال نموذجك المستكمل والمستندات الداعمة:

تطبيق الهاتف المحمول: يجب التقاط صور لجميع صفحات هذا النموذج **إضافة** إلى جميع مستنداتك. ثم يجب تحميل جميع الصور من هاتفك المحمول أو أي جهاز لوحي باستخدام تطبيق ACCESS HRA للهاتف المحمول!

www.nyc.gov/accesshramobile

البريد الإلكتروني: CityFHEPSRenewals@hra.nyc.gov

الحضور شخصيًا: 109 East 16th Street
New York, NY 10003
خلال الفترة بين 8:30 صباحًا و5:00 مساءً

هل تعاني من إعاقة أو حالة صحية جسدية أو نفسية؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة الموارد البشرية (HRA)؟ **يمكننا مساعدتك.** اتصل بنا على الرقم **718-557-1399**. كما يمكنك طلب المساعدة عند زيارتك لأي من مكاتب إدارة HRA. يحق لك، بموجب القانون، طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.