



Department of
Social Services

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

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

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

القسم 2: معلومات تغيير الدخل	
دخل أسرتك قد:	<input type="checkbox"/> زاد <input type="checkbox"/> انخفض <input type="checkbox"/> انتهى
يرجى توضيح سبب تغير ذلك:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

القسم 3: ملخص الدخل الحالي		
أكمل البنود التالية. قم بتضمين كل شخص يعيش معك ويحصل على دخل حالي. قم بتضمين اسمه، ومصدر الدخل (على سبيل المثال: الوظيفة، دخل الضمان التكميلي [SSI]، ومخصصات التأمين ضد البطالة)، وإجمالي دخله الشهري.		
فرد الأسرة	مصدر الدخل	الإجمالي الشهري

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

القسم 5: رفع الحد الأقصى للإيجار ببرنامج CityFHEPS	
إذا قام مالك العقار الخاص بك برفع الحد الأقصى للإيجار السنوي، فيمكن لإدارة HRA زيادة المساعدة المقدمة إليك وصولاً إلى الحد الأقصى للإيجار السنوي بالنسبة إلى حجم أسرتك.	
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 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

القسم 7: خيارات الإرسال

يرجى استخدام أحد الخيارات أدناه لإرسال نموذجك المكتمل والمستندات الداعمة:



يجب التقاط صور لجميع صفحات هذه
الاستمارة إضافة إلى جميع المستندات. ثم يجب
تحميل جميع الصور من هاتفك المحمول أو أي
جهاز لوحي باستخدام تطبيق الهاتف المحمول
!ACCESS HRA

تطبيق الهاتف
المحمول:



www.nyc.gov/accesshramobile

raprenewals@hra.nyc.gov

البريد
الإلكتروني:



109 East 16th Street
New York, NY, 10003
مواعيد العمل: من 8:30 صباحًا حتى 5:00 مساءً

بالحضور
شخصيًا:



هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصلوا بنا على الرقم 718-557-1399. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.