



التاريخ: _____
رقم الحالة: _____
اسم العميل: _____
رقم تعريف العميل (Client)
(Identification Number, CIN): _____

الشهر القابل للاحتساب وفق متطلبات برنامج الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين (Arabic)

نرسل إليك هذا الخطاب لإبلاغك أنه تم تحديد _____ ضمن الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين (Able bodied adult without dependents, ABAWD). توضح سجلاتنا أنهم تلقوا شهرًا كاملاً من المخصصات القابلة للاحتساب. مع ذلك لم يلبوا متطلبات عمل برنامج ABAWD فيما يخص _____ . لن تتغير مخصصاتك بسبب هذا الإخطار.

(الشهر/السنة)

يجب على الشخص المعني من البالغين الأصحاء غير العائلين أن يُلبي متطلبات عمل معينة للتأهل وفق برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program). لا يمكن للأشخاص الحصول على أهلية SNAP دون استيفاء هذه المتطلبات لأكثر من ثلاثة أشهر خلال مدة 36 شهرًا. هذا هو شهرك القابل للاحتساب فيما يخص _____ .

سنوقف مخصصاتك بعد الشهر الثالث في أهليتك وفق برنامج SNAP، وذلك في حال عدم إعفائك أو عدم استيفائك للمتطلبات. سنرسل إليك إخطارًا منفصلًا قبل تخفيض مخصصاتك أو إيقافها.

كيفية الحفاظ على مخصصاتك من SNAP:

يمكنك الاحتفاظ بمخصصاتك من SNAP وتجنب احتساب شهر معين، وذلك في حال تلبيةك لمتطلبات العمل. يمكنك تلبية متطلبات العمل من خلال تقديم إثبات على عمالك لمدة في المتوسط لا تقل عن 20 ساعة أسبوعيًا أو 80 ساعة شهريًا:

- العمل (شاملًا العمل "العيني" والعمل التطوعي)،
- المشاركة في العمل المؤهل/البرنامج التدريبي المعتمد من HRA،
- المشاركة في برنامج التوظيف والتدريب للمحاربين القدامى الذي تديره وزارة العمل أو وزارة شؤون المحاربين القدامى،
- المشاركة في أي برنامج بموجب قانون الفرص والابتكار في القوى العاملة أو قانون التجارة الذي قد يتضمن أنشطة البحث عن وظيفة والجاهزية للوظيفة والتدريب على المهارات المهنية والأنشطة التعليمية، أو
- المشاركة في أحد أنشطة الخبرات العملية المعتمد من إدارة HRA أو التطوع في أحد أنشطة الخدمة المجتمعية لعدد من الساعات شهريًا بما يساوي مخصصات برنامج SNAP للأسرة مقسومًا على الحد الأدنى للأجور على مستوى الولاية. سنرسل إليك خطابًا منفصلًا لعرض هذه الفرصة عليك.

نوصيك بالاطلاع على الصفحات التالية لمعرفة معلومات عما يجب فعله في حال اعتقادك أنك لست من الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين أو لديك سبب وجيه لعدم قدرتك على تلبية المتطلبات هذا الشهر.

الشهر القابل للاحتساب وفق متطلبات برنامج الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين (متابعة)

كيف أعرف إذا كانت شروط برنامج ABAWD تسري عليّ؟

أي شخص يتراوح عمره بين 18 و64 عامًا ولا يسكن مع أي طفل يقل عمره عن 14 عامًا في الأسرة المؤهلة وفق SNAP ويُعد قادرًا على العمل بدنيًا وذهنيًا، يجب عليه اتباع قواعد برنامج الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين (ABAWD). إذا لم يتبع الشخص هذه القواعد، يمكنه تلقي مخصصات برنامج SNAP لمدة 3 أشهر فقط في مدة 3 سنوات.

قد يتم إعفائك من قواعد برنامج ABAWD إذا كان أي من الآتي يسري عليك:

- أصغر من 18 عامًا، أو تبلغ 65 عامًا أو أكبر،
- ليست لديك القدرة الجسدية أو الذهنية للعمل لمدة 80 ساعة على الأقل في الشهر،
- فردًا من أسرة تتلقى مخصصات برنامج SNAP وبها فرد أقل من عمر 14 عامًا
- هل المتلقي امرأة حامل؟
- أو كنت تتلقى مخصصات العجز من مصدر عام أو خاص مثل: شؤون المحاربين القدامى أو مخصصات العجز الخاصة بولاية نيويورك،
- أو شخص هندي، أو هندي حضري، أو هندي من كاليفورنيا، و/أو أي هندي آخر مؤهل للاستفادة من خدمات الصحة الهندية،
- أو تم إعفائك من متطلبات العمل العامة لأي من الأسباب الآتية:
- عمرك أصغر من 16 عامًا، أو تبلغ 65 عامًا أو أكبر،
- أو تبلغ من العمر 16 أو 17 عامًا ولست رب الأسرة أو مصدر الدخل الرئيسي في منزلك، أو التحاقك بأي مدرسة أو بطالة لنصف الوقت على الأقل،
- أو تلتزم بتلبية متطلبات العمل وفق برنامج المساعدة الأسرية (Family Assistance Program)،
- أو تتولى مسؤولية رعاية طفل أصغر من 6 سنوات أو شخص عاجز،
- أو عند مشاركتك المنتظمة في برنامج لعلاج تعاطي الكحوليات أو المخدرات،
- أو تقديمك لطلب للحصول على مخصصات البطالة،
- أو عدم قدرتك على العمل لسبب يخص الصحة النفسية أو العقلية أو البدنية،
- أو عند عملك بالفعل لمدة 30 ساعة أسبوعيًا على الأقل،
- أو حصولك بالفعل على مبلغ \$217.50 (30 ضعف الحد الأدنى للأجور الفيدرالي) أو أكثر في الأسبوع،
- أو في حال قيديك في إحدى المدارس أو البرامج التدريبية أو الكليات لنصف الوقت على الأقل (قد يخضع الطلاب لقواعد أهلية أخرى)،
- أو تقديمك لطلب دخل الضمان الاجتماعي (SSI) أو تلقيك له.

في حال اعتقادك أنه ينبغي إعفاؤك من الالتزام بقواعد برنامج ABAWD لأنك لبيت واحدًا أو أكثر من المتطلبات المدرجة أعلاه، فينبغي لك الاتصال على SNAP-NOW-718 أو (718-762-7669) لإبلاغنا بذلك. قد نطلب منك تقديم إثبات.

الشهر القابل للاحتساب وفق متطلبات برنامج الأشخاص البالغين الأصحاء غير العائلين (متابعة)

ماذا لو كنت أُلبي متطلبات برنامج **ABAWD**، أو أُلبيها عادةً ولكن لم أتمكن من ذلك هذا الشهر بسبب ظروف طارئة؟

يجب عليك إبلاغ إدارة HRA، وقد يُطلب منك تقديم إثبات إلينا. بإمكان الإثبات أن يكون كشوف رواتب حالية، أو رسالة من طبيبك، أو خطاب من أحد مشرفي التنسيق في مكان تتطوع به، وما شابه ذلك. يمكنك الاتصال برقم 718-SNAP-NOW أو (718-762-7669) لإبلاغنا.

هل لديك إعاقة أو حالة تخص الصحة النفسية أو العقلية أو حالة طبية؟ هل تؤدي هذه الحالة إلى صعوبة فهمك لهذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه الإخطار؟ هل تتسبب هذه الحالة في صعوبة حصولك على خدمات أخرى من إدارة الموارد البشرية (Human Resources Administration, HRA)؟ يمكننا مساعدتك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 718-557-1399. يمكنك أيضاً طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. بموجب القانون، لديك الحق في طلب هذا النوع من المساعدة.