

إخطار برنامج خدمات الطعام والتغذية بالمعلومات الضرورية

الاسم _____ (1) المقاطعة _____ (2)

رقم تعريف حالة نظام معلومات طوابع الطعام _____ (3) موظف برنامج خدمات الطعام والتغذية _____ (4)

تُعد البنود الواردة في هذا النموذج ضرورية لاستيفاء طلبك إعادة الاعتماد التغيير (5)

إذا لم نتلق هذه المعلومات بحلول _____ (6) قد يتم تأخير إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية التي تحصل عليها أو رفضها، أو تخفيضها، أو إنهاؤها.

(7) إثبات على: المقر (المكان الذي تقطن به) تعريف الهوية

أرقام الضمان الاجتماعي أو إثبات على تقديم طلب من أجل _____

إثبات على: المواطنة حالة الأجنبي لصالح _____

نموذج الممثل المفوض الموقع من قبل _____

إثبات على الأجر المستلمة لأجل _____

لأشهر _____

إثبات على دخل المزرعة/ العمل الحر وإيصالات النفقات المُفصلة البنود لأشهر _____

[أو] نموذج الضريبة (عام _____).

الوظائف الغربية: سجل يوضح تاريخ العمل، ومن استلم منك الدفعة، وتاريخ الدفع، والمبلغ المدفوع، والنفقات المتصلة بالعمل لأجل

أشهر _____

الإثبات الحالي لحساب الضمان الاجتماعي القيمة المضافة أجر الموظفين المعاش/ التقاعد معونة الإيجار/ المرافق

دفعات العجز نفقة الطفل نفقة الزوجة دخل الفائدة أخرى _____

إثبات على التزام نفقة الطفل ومبلغ الالتزام والمبلغ المسدد من قبل _____

لأشهر _____

إقرار من أي شخص: يقدم لك مالا كل شهر. يدفع لك الإيجار كل شهر.

موعد المقابلة: لإكمال إجراءات الطلب، يجب إجراء مقابلة معك. إذا لم تكن قادرًا على الالتزام بهذا الموعد

يُرجى الاتصال بنا لتحديد موعد آخر. إذا عجزت عن إكمال مقابلة، فسوف يتم رفض طلبك بعد مرور 30 يومًا من تاريخ

طلبك. يجب عليك العودة _____ في _____ لإكمال مقابلتك.

سوف نتصل بك عبر الهاتف على _____ بتاريخ _____ لإكمال مقابلتك.

تُعد مؤهلاً محتملاً لاستلام الخدمات العاجلة. إذا لم تكمل مقابلتك بحلول _____

ما زال بإمكانك الحصول على إعانات غير أنك سوف تفقد حَقَّك في استلام الخدمات العاجلة.

موعد المقابلة الذي لم تحضره: لم تحضر موعد مقابلتك المحدد. أنت تتحمل مسؤولية الاتصال بالوكالة لتحديد موعد آخر لمقابلتك. إذا عجزت عن إكمال مقابلة، فسوف يتم رفض طلبك بعد مرور 30 يومًا من تاريخ طلبك.

أخرى: _____

تُعد البنود الواردة أدناه ضرورية للسماح بالخصومات من دخلك. إذا لم يتم إعادة هذه البنود في هذا القسم، فسوف نقوم بمعالجة طلبك إعادة الاعتماد التغيير (8) بدون خصومات.

إذا تمت الإعادة، فقد تحصل على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية.

(9) الفواتير أو الإيصالات الطبية _____ لأشهر _____

(أدرج الأطباء، والمستشفيات، والأدوية المصروفة بوصفة طبية أو دون وصفة طبية، وأسطح ميديكير الجزء "د" وقسط التأمين الطبي، والانتقال إلى الطبيب، ورعاية التمريض أو المرافق، والمستلزمات الطبية، ورعاية الأسنان، ونظارات العينين وسماعات الصم).

تعويضات الرعاية الطبية أو التأمين الخاص إيصال أو إقرار من مقدم الرعاية النهارية

إثبات على: الإيجار الرهن العقاري الضريبة العقارية التأمين على الممتلكات

أخرى _____

أدرك أنني أتحمّل مسؤولية الحصول على معلومات لتحديد أهليتي للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. أعاني مشاكل في الحصول على هذه المعلومات، وسوف أبلغ الموظف المسؤول عن حالتي بالمستجدات.

العميل S

التوقيع (10)

الشاهد (11)

التاريخ (12)

هاتف الموظف المسؤول عن الحالة

التوقيع (13)

التاريخ (14)

الرقم (15)

تعليمات استيفاء نموذج DSS-8650

استخدم هذا النموذج لطلب التحقق من المعلومات في وقت تقديم الطلب أو إعادة الاعتماد أو التغيير المبلغ عنه. اسمح لوحدة برنامج خدمات الطعام والتغذية (FNS) بعشرة أيام ميلادية لإعادة الإثباتات الضرورية.

لا يتم رفض أو إنهاء الإعانات عند عدم إعادة إثبات النفقات المخصصة بحلول الموعد النهائي للمعالجة. عالج الحالة دون خصم. إذا تم إعادة الإثبات في وقت لاحق، يتم المعالجة كتغيير في الموقف.

1. اسم العميل

2. اسم المقاطعة

3. رقم الحالة في برنامج خدمات الطعام والتغذية

4. اسم موظف برنامج خدمات الطعام والتغذية

5. أدخل الطلب، أو إعادة الاعتماد، أو التغيير

6. أدخل التاريخ الضروري لإعادة الإثبات. اسمح لوحدة برنامج خدمات الطعام والتغذية بعشرة أيام ميلادية لإعادة الإثباتات الضرورية.

7. ضع علامة على مربع واحد أو أكثر للمعلومات الضرورية. إذا تم وضع علامة أمام "أخرى" ، فدوّن المعلومات المحددة الضرورية.

8. أدخل الطلب، أو إعادة الاعتماد، أو التغيير

9. ضع علامة على مربع واحد أو أكثر للمعلومات الضرورية. إذا تم وضع علامة أمام "أخرى" ، فدوّن المعلومات المحددة الضرورية.

10. توقيع العميل (إذا كان حاضرًا في وقت الطلب)

11. توقيع الشاهد، إذا كان ضروريًا

12. تاريخ توقيع العميل

13. توقيع الموظف المسؤول عن الحالة

14. تاريخ توقيع الموظف المسؤول عن الحالة

15. رقم هاتف الموظف المسؤول عن الحالة