

طلب برنامج دعم الطاقة المنزلية للأسر منخفضة الدخل وبرنامج دعم الحماية من عوامل الطقس بولاية أيوا

يرجى استعمال قلم حبر أسود أو أزرق لتعبئة هذا الطلب.

1. معلومات الاتصال برب الأسرة

تاريخ استلام الطلب:

صفحة 1 من 2

تمت مراجعتها في 8/10/23

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ أول حرف من الاسم الأوسط: _____ المقاطعة: _____

عنوان الشارع: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

عنوان المراسلة البريدي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم هاتف المنزل: _____ رقم الهاتف الخليوي: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

2. معلومات عن أفراد الأسرة (يوجد معلومات توضيحية لاستكمال هذا القسم في أسفل الصفحة).

الاسم (الاسم الأول والأخير)	علاقته برب الأسرة	تاريخ الميلاد	نوع الجنس (ضع دائرة حول اختيار واحد)	رقم الضمان الاجتماعي أو رقم I-94	نوع الإعاقة (ضع دائرة حول اختيار واحد)	التأمين الصحي	من أصل هسباني أو لاتيني أو أمباني؟	العرق/الأصل	الموقف العسكري (ضع دائرة حول اختيار واحد)	أعلى مستوى تعليمي	العمل (الحالة الوظيفية)
1	رب الأسرة		ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
2			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
3			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
4			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
5			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
6			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
7			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		
8			ذكر أنثى أخرى		نعم لا غير معروف		نعم لا		محارب قديم نشط لا يوجد غير متأكد		

كم عدد أفراد الأسرة: _____ مواطن أمريكي _____ ملتزم بالمنزل _____ شاب منقطع عن التعليم أو العمل أو التدريب (العمر: 14-24) لا يعمل وليس في المدرسة _____

ملحق استكمال قسم أفراد الأسرة	علاقته برب الأسرة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي أو رقم I-94	التأمين الصحي	العرق/الأصل	أعلى مستوى تعليمي	العمل (الحالة الوظيفية)
• رب الأسرة • الزوج/الزوجة • الطفل • الطفل المكفول (رعاية بديلة) • حفيد • الأخ/الشقيق • الوالد • الجد • قريب آخر • لا توجد قرابة	• شكل (طريقة كتابة) التاريخ: 99 / 99 / 99	• شكل (طريقة كتابة) رقم الضمان الاجتماعي: 9999-99-999 • شكل (طريقة كتابة) رقم I-94: 99 999999999 (11 رقم)	• الرعاية الطبية للقراء (Medicaid) • الرعاية الطبية لكبار السن (Medicare) • برنامج التأمين الصحي الحكومي للأطفال • التأمين الصحي الحكومي للبالغين • الرعاية الصحية للعسكريين • الشراء المباشر • قائمة على العمالة • لا يوجد	• أمريكي هندي • من سكان الأسكا الأصليين • آسيوي • أبيض • أسود أو أفريقي أمريكي • من مواطني هاواي الأصليين • وغيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ • أخرى • متعدد الأعراق	• الصف من 0 إلى 8 • الصف من 9 إلى 12 / غير خريج • خريج المرحلة الثانوية • تطوير التعليم العام (GED)/شهادة معادلة الصف 12 + بعض المدارس بعد المرحلة الثانوية • خريج كلية (2 أو 4 سنوات) • خريج مدرسة أخرى بعد مرحلة الثانوية	• موظف (بدوام كامل) • موظف (بدوام جزئي) • العمال الزراعيون الموسميون المهاجرون • عاطل عن العمل (المدى القصير ، 6 أشهر أو أقل) • عاطل عن العمل (المدى الطويل، أكثر من 6 أشهر) • عاطل عن العمل (وليس في القوى العاملة) • متقاعد	

طلب برنامج دعم الطاقة المنزلية للأسر منخفضة الدخل وبرنامج دعم الحماية من عوامل الطقس بولاية أيوا

3. نوع الأسرة (اختر واحدا)	شخص واحد	أسرة تعولها امرأة بمفردها	أسرة يعولها الوالدين	أسرة متعددة الأجيال
	شخصان بالغان ولا يوجد أطفال	أسرة يعولها رجل بمفرده	بالغان غير متزوجين ولديهم أطفال	أخرى: _____

عند القيام بعمل فحص جميع مصادر الدخل للأسرة، يجب عليك ادراج وثائق اثبات الدخل مع هذا الطلب. بالنسبة لدخل العمالة، قدم نسخة من كشوف الشيكات الخاصة بك للتلائين يوما السابقة لهذا الطلب أو قدم نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك. بالنسبة لدخل العمل الحر أو دخل عمل المزارع، قدم نسخة من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك.

4. مصادر دخل الأسرة (حدد كل ما ينطبق)

دخل العمل (الراتب/الأجور)	دخل الضمان التكميلي (SSI)	التأمين الخاص ضد حالات الإعاقة	التبرعات النقدية المقدمة من العائلة أو الأصدقاء
دخل العمل الحر أو عمل المزارع	دخل الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة (SSDI)	تعويض العمال	النفقة أو أي إعانة زوجية أخرى
دخل التقاعد من الضمان الاجتماعي	تعويض العجز المتعلق بالخدمة العسكرية	تأمين/إعانة البطالة	أخرى: _____
المعاش التقاعدي	المعاش التقاعدي غير المرتبط بالإعاقة أثناء الخدمة العسكرية	المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) / معونة برنامج استثمار الأسرة (FIP)	إعانة الطفل
			لا يوجد دخل

هل لدى أسرته مدخرات تزيد عن 50,000 دولار أمريكي دولار (تشمل: جميع المدخرات والحسابات البنكية وشهادات الادخار وأنواع الاستثمارات الأخرى)؟

هل قدم أي شخص في منزلك إقرارًا ضريبيًا وحصل على إعانة (الإعفاء الضريبي على الدخل المكتسب) نعم لا في العام الماضي أو هذا العام؟

5. الإعانات غير النقدية للأسر (حدد كل ما ينطبق)	برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)	إيصال/مستند اختيار السكن (HCV)	الإسكان المدعم من شؤون المحاربين القدامى (HUD-VASH)
	النساء والاطفال الرضع والأطفال (WIC)	الإسكان العام	مستند رعاية الطفل
	برنامج دعم الطاقة المنزلية لمنخفضي الدخل	دعم الإسكان الدائم	قانون الرعاية ميسرة التكلفة
	ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> مسكن دائم آخر <input type="checkbox"/>	بلا مأوى (إذا كنت بلا مأوى، ما هو الوضع السكني الخاص بك؟) <input type="checkbox"/>	أخرى: _____

6. حالة المسكن (اختر واحدا)

إذا كنت مستأجرًا، فهل يشمل إيجارك تكاليف التدفئة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كنت مستأجرًا، هل تتلقى إعانة الإيجار؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
إذا كنت مستأجرًا، فهل يشمل إيجارك تكاليف الكهرباء؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كنت مستأجرًا، هل إيجارك يعتمد على نسبة مئوية من دخلك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ما هي تكاليف القرض العقاري أو الإيجار الخاص بك شهريًا؟ دولار _____			

7. معلومات عن المالك/المجمع السكني

اسم: _____ عنوان: _____	رقم الهاتف: _____
8. حالة السكن (اختر واحدًا)	منزل <input type="checkbox"/> منزل متنقل <input type="checkbox"/>
9. المصدر الرئيسي لتدفئة المنزل (اختر واحدًا)	الغاز الطبيعي <input type="checkbox"/> الكهرباء <input type="checkbox"/>
إذا كان بروبان أو زيت الوقود، هل الخزان لديك فارغ أو منخفض (30% أو أقل، أو في المستوى أحمر اللون)؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

يجب عليك تضمين نسخة من فاتورة تدفئة حديثة وفاتورة كهرباء حديثة مع هذا الطلب.

10. شركات التدفئة والكهرباء والمياه المنزلية

هل لديك إشعار بقطع الإمداد عنك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تم قطع الإمداد عنك في الوقت الحالي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تقوم بالسداد وفق اتفاق؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--	--	----------------------------	--

إقرار التصديق

أتعهد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة. أعطي تصريح للوكالة التي تقوم بتجهيز هذا الطلب بالحصول على معلومات إضافية ومشاركة المعلومات مع المنظمات الأخرى لأغراض تقديم خدمات المساعدة أسرتي. وسيجري تبادل المعلومات هذا مع المراعاة التامة لسرية المعلومات الواردة في هذا الطلب.

أقدم بموجب طلب لبرنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LIHEAP)، و/أو برنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السية (Weatherization Assistance Program). و أتعهد كذلك بالاتي: أعلن أنني الشخص الوحيد في الأسرة الذي لديه أو سوف يتقدم بطلب لهذا البرنامج (البرامج). و أتفهم أن هذه المعلومات سوف يتم استخدامها، حسب الطلب، في تحديد الاستحقاق لبرنامج أو خدمات الوكالة أخرى. ويخضع أي تزوير متعمد للمعلومات الواردة في هذا النموذج لطائلة عقوبة القانون. أفهم أنه بتوقيعي هذا الطلب (سواء في شكل مكتوب أو إلكتروني)، أنني أفوض لحماية بيتي من عوامل الطقس بدون تكلفة علي أو علي عائلتي، إذا كنا مستحقين لذلك، أفوض الوكالة للاتصال بمالك منزلي للسماح بحماية بيتي من عوامل الطقس. لا يضمن هذا الطلب القيام بأي أعمال حماية من عوامل الطقس على بيتي.

وأمنح، بموجب هذا الطلب، الإذن لولاية أيوا، ووزارة الطاقة الأمريكية، ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، والوكالة التي تعالج هذا الطلب بالحصول على معلومات إضافية من مزود الطاقة بشأن استخدامي المنزلي وتاريخ السداد. وأمنح أيضًا الإذن لولاية أيوا بالكشف عن بيانات الطلب لمزود الطاقة، وتقديم التفاصيل الخاصة بحسابي واستخدامي إلى برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل (LIHEAP) وبرنامج المساعدة في الحماية من عوامل الطقس السية (Weatherization Assistance Program).

وأنا أفهم هذا الإقرار.

تاريخ

التوقيع