

د IOWA د کم عاید لرونکو کورونو لپاره د انرژۍ د مرستې پروگرام او په کور کې د هوا لگولو سیستم مرستندویه پروگرام غوښتنلیک

مهرباني وکړئ د غوښتنلیک د بشپړولو لپاره د تور یا شین رنګ قلم وکاروئ.

1. د کورنۍ د مشر د اړیکو معلومات

تخلص: _____ نوم: _____ منځنی نوم: _____ کاونټي: _____

د سرک پته: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیږ کود: _____

د بریښنالیک پته _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیږ کود: _____

(که د کوڅې له پټې سره توپیر ولري)

د کور د تلفون شمیره: _____ د موبایل تلفون شمېره: _____ بریښنالیک: _____

2. د کورنۍ د غړي معلومات (د دې برخې بشپړولو لپاره جزئیات د دې پاڼې په پای کې دي.)

نوم (نو او تخلص)	د کورنۍ له مشر سره اړیکه	د زیربډلو نېټه	جنسیت (له یوې څخه کړی تاو کړئ)	معلومات (له یوې څخه کړی تاو کړئ)	روغتیايي بيمه	هسپانوي، لاتیني، یا هسپانوي الاصله؟	نژاد	پوځي حالت (له یوې څخه کړی تاو کړئ)	د زده کړې لوړه کچه	استخدام (د کار حالت)
1	دا برخه د پورته ذکر شویو اشخاصو لپاره وکاروئ	د کورنۍ مشر	نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
2			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
3			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
4			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
5			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
6			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
7			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			
8			نارینه ښځینه نور	هو نه نامعلوم	هو نه	هو نه	پخوانی سرټبری فعال هیڅ نه داده نه يم			

غیر متصل خوان (عمر: له 14 څخه تر 24 کلونو) داسې څوک چې نه کار کوي او نه په ښوونځي کې وي

بي خايه شوی

د متحده ایالاتو تبعه

په کورنۍ کې څو غړي دي:

<p>د کورنۍ د غړو د برخې د بشپړولو توضیحات:</p> <ul style="list-style-type: none"> له مشر سره اړیکه د کورنۍ د کورنۍ مشر ځاوند/ مېرمن ماشوم نر یا ملرنې لاندې ماشوم لمسی ورور/خوړ پلار انا/نیکه نور خپلوان تراو نه لري 	<p>د زیربډلو نېټه</p> <ul style="list-style-type: none"> د نېټې بڼه: 99 / 99 / 99 	<p>ټولنیزه امنیتي یا 94-1 شمېره</p> <ul style="list-style-type: none"> د ټولنیزې امنیتي شمېرې بڼه: 999-99-9999 94-1 بڼه: 99 999999999 (11 شمېره) 	<p>روغتیايي بيمه</p> <ul style="list-style-type: none"> روغتیايي مرستې روغتیايي پاملرنه د ماشومانو د روغتیايي بيمې ایالتي پروگرام د لویانو لپاره ایالتي روغتیايي بيمه پوځي روغتیايي پاملرنه مستقیم پېرل د کار پر بنسټ هیڅ نه 	<p>نژاد</p> <ul style="list-style-type: none"> امریکايي هندي د الاسکا اصلي اوسېدونکی اسیایي سپین تور یا افریقایي الاصله امریکايي اصلي هاوايي او د آرام سمندر نورو ټلوگانو اوسېدونکی نور کڼ نژاده 	<p>د زده کړې لوړه کچه</p> <ul style="list-style-type: none"> له 0 څخه تر 8 ټولګي له 9 څخه تر 12 ټولګي/ فارغ شوی نه دی د عالي لېسې څخه فارغ د GED یا د هغه معادل ډیپلوم 12 ټولګي + د ثانوي زده کړو وروسته ځینې ښوونځي د (2 یا 4 کلن) کالج څخه فارغ د ثانوي زده کړو وروسته له پل ښوونځي څخه فارغ 	<p>استخدام (د کار حالت)</p> <ul style="list-style-type: none"> کمارل شوی (بشپړ وخت) کمارل شوی (نیمه وخت) په موسمي کرونده کې کډوال کارګر وزګار (لنډمهاله، 6 میاشتې یا له دې څخه لږ) وزګار (اوږدمهاله، له 6 میاشتو څخه زیات) وزګار (په کاري ځواک کې شامل نه دی) تقاعد شوی
--	---	--	---	---	--	---

IOWA د کم عاید لرونکو کورونو لپاره د انرژۍ د مرستې پروگرام او په کور کې د هوا لگولو سیستم مرستندویه پروگرام غوښتنلیک

پاڼه 2 له 2
بیاکتنه 2023/10/08

3. د کورنۍ ډول (یو انتخاب کړئ)

مجرد شخص
دوه لویان چې ماشومان نه لري

مجرد مور
مجرد پلار

له دوو والدينو څخه جوړه کورنۍ
هغه لویان چې له ماشومانو سره خپلوي نلري

څو نسلي کورنۍ
نور:

4. د کورني عاید سرچینې (ټول هغه انتخاب کړئ چې د تطبیق وړ وي)

د هرې کورنۍ د عاید سرچینې لپاره چې تاسو یې انتخابوئ، تاسو باید له دې غوښتنلیک سره د عاید اسناد هم ضمیمه کړئ. د کلر څخه د عاید لپاره، د دې غوښتنلیک وړاندې د 30 ورځو لپاره د خپلو چیکونو کاپي چمتو کړئ، یا د خپل فدرالي عایداتو د ماليې د ضریب یوه کاپي وړاندې کړئ. د شخصي کلر عاید یا له کروندې څخه د عاید لپاره، د خپل فدرالي عایداتو د ماليې د ضریب یوه کاپي چمتو کړئ.

د کار عاید (معاش/مزد)
شخصي کار یا د کرنې څخه عاید
له ټولنیز امنیت څخه د تقاعد عاید
تقاعد

SSI (اضافي امنيتي عاید)
SSDI (د ټولنيز امنيتي معلوليت عاید)
د VA خدماتو سره تړلې د معلولیت خساره
VA د غیر خدماتو سره تړلې د معلولیت تقاعد

د خصوصي معلولیت بیمه
د کارگرانو جبران
د بیکارۍ بیمه/امتیازات
TANF/FIP مرسته

نقغه یا د خاوند لخوا نور ملاتړ
عمومي امدادونه/مرستې
نور:

د ماشوم ملاتړ
هیڅ عاید نه شته

ایا ستاسو کورنۍ له 50,000 ډالرو څخه ډیره سپما لري (په شمول: ټوله سپما او د چک حسابونه، CDs، او نورې پانګونې) ؟

5. د کورنۍ غیر نغدي امتیازات (ټول هغه انتخاب کړئ چې د تطبیق وړ وي)

SNAP (د خوراکي توکو د مرستې پروگرام)
WIC (بڼځي، کوچنيان او ماشومان)
LIHEAP

HCV (د کورنۍ د انتخاب کوین)
عمومي استوګنځی
دایمي ملاتړي استوګنځي

HUD-VASH (د پخوانیو سرتېرو د هستوګنې ملاتړی پروگرام)
د ماشوم پاملرنې کوپن
په مناسب لګښت د قانوني پاملرنې ملاتړ

ایا ستاسو په کورنۍ کې کوم چا د ماليې ضریب او د EITC امتیازات (د ترلاسه شوي عایداتي ماليې کوډیت) یې تېر کال یا سر کال ترلاسه کړی دی؟

هو نه

نور:

6. د استوګنې حالت (یو انتخاب کړئ)

خپل کور کرایه نور دایمي کورونه

بې کوره (که بې کوره یاست، ستاسو د استوګنې حالت څه دی؟)

که تاسو استوګنځی کرایه کړی وي، ایا د ټودوخي لګښتونه ستاسو په کرایه کې شامل دي؟

هو نه

که تاسو استوګنځی کرایه کړی وي، ایا ستاسو د بریښنا لګښتونه ستاسو په کرایه کې شامل دي؟

هو نه

که تاسو استوګنځی کرایه کړی وي، ایا تاسو د کرایي مرسته ترلاسه کوئ؟

هو نه

که تاسو استوګنځی کرایه کړی وي، ایا ستاسو کرایه ستاسو د عاید د سلنې پر اساس ده؟

هو نه

ستاسو د ګروپي یا کرایي لګښتونه هره میاشت څومره دي؟

ډالر

7. د کور مالک / کمپلکس معلومات

نوم: _____ پته: _____

8. د کور ډول (یو انتخاب کړئ)

کور

ګرځنده کور

یوه کوته کرایه شوی

BLDS له 2 څخه تر 4 واحدونه لري

BLDGS تر 5 یا له دې څخه ډیر واحدونه لري

د تلیفون شمیره: _____

نور:

9. د کور د ټودوخي اصلي سرچینه (یو انتخاب کړئ)

طبیعی ګاز

بریښنا

پروپین (LP)

د سونګ تیل

لرکي / د ډبرو سکاره/ جوار

نور:

که پروپین یا د سونګ تیل وي، ایا تاسو خالي یا بنسکه (30٪ یا لږ، یا په سره رنگ کې) ټانکی لری؟

هو

نه

10. د کور د ټودوخي، بریښنا، او د اوبو شرکتونه

ایا تاسو ته د ټودوخي او برېښنا خدماتو د پرې کېدو په اړه خبرتیا درکړل شوی ده؟

هو نه

ایا پر تاسو اوس مهال د ټودوخي او برېښنا خدمات پرې شوي دي؟

هو نه

ایا تاسو په منظمه توګه بیلونه تادیه کوئ؟

هو نه

د تصدیق بیانیه

زه د دروغو شهادت د جزا د قانون له مخې دا تصدیقوم چې پورتنی معلومات ریښتیا دي او ما ټول اسناد د خپلې وړتیا له مخې چمتو کړي دي. زه د دې غوښتنلیک د پروسس کولو لپاره اړوندې ادارې ته اجازه ورکوم چې اضافي معلومات ترلاسه کړي او زما له کورنۍ سره د مرستې د موخو لپاره له نورو سازمانونو سره دا معلومات شریک کړي. د معلوماتو دا ډول شریکول باید په دې غوښتنلیک کې د معلوماتو محرمت ته په اعظمي درناوي ترسره شي.

زه دلته د ټیټ عاید لرونکو کورنیو لپاره د انرژۍ د مرستې پروگرام (LIHEAP)، د ټیټ عاید لرونکو کورنیو سره د اوبو مرستې پروگرام (LIHWAP)، او یا د ټودوخي برابرولو مرستندویه پروگرام لپاره غوښتنلیک ورکوم. زه لاندې د دې تصدیق هم کوم: زه اعلان کوم چې زه په کورنۍ کې یواځنی کس یم چې د دې پروگرام (پروګرامونو) لپاره غوښتنه کوم. زه پوهیږم چې دا معلومات به د غوښتنې سره سم، د نورو ادارو پروګرامونو یا خدماتو لپاره د وړتیا په ټاکلو کې کارول کېږي، کوم چې ما یې غوښتنه کړې ده. په دې فورمه کې هر ډول قصدي غلط معلومات وړاندې کول د قانون له مخې د سزا تابع دی. زه پوهیږم چې د دې غوښتنلیک (په لیکلې بڼه یا په بریښنايي توګه) لاسلیک کولو سره، زه خپل یا زما کورنۍ ته پرته له کوم لګښت څخه د خپل کور د ټودوخي یا هوا اړوند خدماتو وړاندې کولو اجازه ورکوم او که د تطبیق وړ وي، ادارې ته دا اجازه ورکوم چې په کور کې د هوا اړوند خدماتو د ترسره کولو لپاره زما د کور د مالک سره اړیکه ونیسي. دا غوښتنلیک زما په کور کې د هوا اړوند خدماتو د وړاندې کولو د کوم کار تضمین نه کوي.

زه په دې توګه د آیوا ایالت، د متحده ایالاتو د انرژۍ وزارت، د متحده ایالاتو د روغتیايي او بشري خدماتو وزارت او هغې ادارې ته اجازه ورکوم چې دا غوښتنلیک پروسس کړي تر څو زما د کورنۍ د کارونې او تادیاتو د سوابقو په اړه زما د انرژي/اوبو عرضه کوونکي شرکت څخه اضافي معلومات ترلاسه کړي. زه آیوا ایالت ته دا اجازه هم ورکوم چې زما د انرژۍ اوبو عرضه کوونکي شرکت سره د غوښتنلیک اړوند معلومات شریک کړي او د LIHEAP، LIHWAP، او د هوا اړوند مرستندویه خدماتي پروگرام سره زما د حساب او کارونې په اړه جزئیات شریک کړي.

زه په دې بیانیه پوهیږم.