



درخواست کمک های موقت کمک های نقدی

کمک های موقت (TA) مزایای نقدی را برای خانواده های واجد شرایط با کودکان برای کمک به پرداخت نیازهای اساسی فراهم می کند.

• با تکمیل این برنامه، شما برای TA به عنوان یک سرپرست یک کودک درخواست می کنید

• **شما ممکن است واجد شرایط دریافت فرزند مراقبت از کودک باشید.** دریافت کنندگان باید در شرایط کاری شرکت کنند، مگر اینکه معاف باشد. اگر شما مشارکت دارید، می توانید برای مراقبت از کودک واجد شرایط باشید. اگر به مراقبت از کودکان نیاز دارید، می توانید با رفتن به: <https://dese.mo.gov/childhood/child-care-subsidy/families> : اعمال می شود

• برای اعمال آنلاین، روی "درخواست آنلاین" کلیک کنید • برای چاپ

برنامه کاغذی، روی «برنامه کاغذی» کلیک کنید (می توانید آن را آنلاین کامل کنید، سپس آن را چاپ کنید

یا آن را چاپ کنید و آن را کامل کنید

دست)

آیا نیازمند کمک به درخواست شما هستید؟

• تماس با مرکز پشتیبانی از بخش خانواده (FSD) در 1-855-373-4636، یا

• به بخش 1 مراجعه کنید (صفحه 4) برای پیدا کردن مرکز منابع محلی FSD خود را برای کمک به فرد

نیاز به کمک در زبان دیگری از زبان انگلیسی دارید؟ • به نماینده

خدمات مشتری به زبان شما نیاز دارید، یا

• برای اطلاعات بیشتر بخش 7 (صفحه 9) را ببینید.

• کاربران TTY

• تماس بگیرید 1-800-735-2966، یا

• تماس بگیرید ریل میسوری در 711

• "دیگر اعداد مفید" را در بخش 1 ببینید (صفحه 4)

اطلاعات مهم در مورد

اطلاعات مهم در مورد فرآیند برنامه و تصویب

لطفاً بخش "جهت گیری TA" (بخش 26، صفحات 18-19) و "برنامه مسئولیت شخصی" (بخش 27) (صفحه 20) را بخوانید و تکمیل کنید. اگر آنها تکمیل نشوند، این امر پردازش درخواست شما را به تأخیر می اندازد و ممکن است باعث رد درخواست شما شود.

شما باید - خواندن و کامل صفحات 25-5 و شما باید "قرارداد و امضا خود را" (بخش 35، صفحه 25).

نیاز به اتاق بیشتر - اگر اتاق کافی در بخش وجود ندارد برای نوشتن تمام اطلاعات مورد نیاز خود، لطفاً یک صفحه خالی را با اطلاعات اضافی ارائه دهید. لطفاً تعداد بخش‌هایی را که در حال ادامه آن هستید، همراه با بخش اطلاعاتی اضافه کنید.

به عنوان مثال: بخش 4 - "اعضای خانواده شما" و تمام اطلاعات اضافه شده شما.

پرونده های مورد نیاز - بسیاری از بخش‌ها اطلاعات را به صورت پررنگ ارائه می‌دهند. این به شما می‌گوید که در مورد پرونده‌های مورد نیاز به عنوان مدرک اطلاعاتی که بر روی درخواست شما قرار داده‌اید، مانند اظهارات بانک، گواهینامه‌های تولد، پرداخت‌ها، و غیره

• اگر پرونده‌های مورد نیاز را برای هر بخش ندارید، هنوز می‌توانید درخواست خود را ارسال کنید یا از آن استفاده کنید. با این حال، نمی‌تواند به طور کامل باشد.

پردازش شده تا زمانی که FSD همه چیز را دریافت کند.

• اگر تمام پرونده‌های الزم را ارائه ندهید، FSD فرم «درخواست اطلاعات» را به شما ارسال می‌کند که جزئیات آن چه کارهایی را که می‌توانید ارائه دهید و زمانی که مورد نیاز است، ارسال کنید. شما همچنین می‌توانید یک "مجوز انتشار اطلاعات" را دریافت کنید. سپس، شما می‌توانید: □ ارسال

پرونده‌های درخواست شده و "درخواست اطلاعات" را به FSD ارسال کنید یا

□ علامت‌گذاری و ارسال "مجوز انتشار اطلاعات" فرم ارائه مجوز FSD برای دریافت پرونده‌های درخواست شده برای شما. مسئولیت شما این است که اطمینان حاصل کنید که کاغذکاری توسط FSD دریافت می‌شود.

بخش‌های اضافی - شما ممکن است نیاز به تکمیل این بخش‌های اضافه شده:

• اگر شما بازداشت و کنترل یک یا چند فرزند دارید و والدین دیگر (ها) غیر نگهدارنده هستند، به این معنی که آنها زندگی نمی‌کنند

شما و مرده نیستید، باید برای هر پدر و مادر غیر نگهدارنده هر کودک که در برنامه TA خود را شامل می‌شود، باید موارد زیر را تکمیل کنید: □ بخش

37 (صص 27-28) "توافقنامه حمایت از کودکان"، و

□ بخش 38 (صص 29-30) "ارجاع / اطلاعات برای خدمات پشتیبانی کودک"

□ شما می‌توانید نسخه‌های بیشتری از فرم‌های بال را درخواست کنید اگر شما نیاز به لیست بیش از یک پدر و مادر غیر نگهدارنده

• اگر شما انتخاب کنید که مزایای نقدی خود را به طور مستقیم به حساب چک یا حساب پس‌انداز خود سپرده، کامل: □ بخش 36 (صفحه 26)

"توافق نامه برای سپرده مستقیم" و ارائه یک چک لغو شده، و یا بانک خود را کامل قسمت سوم از فرم.

ثبت نام برای رای دادن - آیا می‌خواهید ثبت نام کنید؟ لطفاً صفحات 31 و 32 را کامل کنید.

نحوه تکمیل - بر روی رایانه خود، می توانید اطلاعاتی را که می دانید را پر کنید و برنامه را برای دست دادن بقیه بعد از آن چاپ کنید، یا می توانید برنامه خالی را چاپ کنید و آن را بعداً آن را پر کنید. برای حفظ حریم خصوصی، این برنامه را در یک کامپیوتر عمومی ذخیره نکنید، اما می توانید آن را به رایانه شخصی خود ذخیره کنید.

زمان پردازش - برنامه شما ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما پردازش می شود، مگر اینکه اطلاعات را از دست ندهید. تاریخ درخواست شما تاریخ FSD است که درخواست شما را در ساعت های منظم کسب و کار / پردازش دریافت می کند. اگر برنامه شما توسط FSD پس از ساعت های کسب و کار منظم مانند تعطیلات، تعطیلات آخر هفته یا خارج از ساعات کاری منظم دریافت می شود، تاریخ درخواست شما روز کاری بعدی است.

تغییرات در سایر مزایا - اطلاعاتی که در برنامه TA شما گزارش شده است، هر مورد فعال شما را برای یارانه مراقبت از کودکان، برنامه کمک های تغذیه تکمیلی (SNAP) به عنوان تمیر غذا و / یا برنامه های Medicaid (Medicaid) به روز می کند. بنابراین، اگر شما در درآمد، منابع، اعضای خانواده و غیره تغییری داشته باشید، این امر می تواند برای این برنامه های دیگر تغییر کند.

مزایای مزایا - اگر برای مزایای نقدی تایید شده است، اولین پرداخت شما خواهد بود:

- یک ماه جزئی از مزایای اگر FSD برنامه را در همان ماه درخواست شما اعمال کند یا
- یک ماه کامل از مزایای اگر FSD برنامه را در ماه پس از اعمال شما تصویب کند.

حقوق شنوایی - اگر شما با تصمیم FSD مخالف هستید، ممکن است از دادرسی بخواهید. برای اطلاعات در مورد جلسات، به "اطالعات مهم در مورد حقوق شنوایی" در بخش 34 مراجعه کنید (صفحه 24).

محدودیت طول عمر - مزایای پول نقد دارای محدودیت طول عمر 45 ماهه است

- برای والدین نوجوان زیر 18 سال و در مدرسه ثانویه (بال)، ماه ها به سمت محدودیت عمر حساب نمی شود تا زمانی که به سن 18 سالگی برسد.

- اگر یک شرکت کننده باشد، مزایای بیش از حد ممکن است برای مدت طولانی

پرداخت شود. □ دریافت درمان یا خدمات برای

خشونت خانگی یا سوء مصرف مواد □ تشخیص و

دریافت درمان برای نیازهای بهداشت روانی

□ همکاری با طرح درمان باز کودکان و برنامه آموزش کار MWA همکاری

□ در یک بحران خانوادگی موقت، مانند آتش خانه، قربانی جرم، اخراج شرکت یا آسیب جدی.

بخش های برنامه

صفحه	بخش
	1. اطلاعات تماس آژانس
	2. نام متقاضی ، آدرس و اطلاعات تماس
	3. اعضای خانواده شما
	4. خشونت خانوادگی
	5. اطلاعات نظامی
	6. نماینده مجاز
	7. پرداخت مزایای TA
	8. نمایش و درمان داروها
	9. زبان
	10. مزایای TA دریافت شده در ایالت دیگر ، تحت نام دیگر یا در خانه دیگری
	11. منابع
	12. طرح دفن
	13. اشتغال - غیر از مشاغل آزاد
	14. خوداشتغالی
	15. درآمد دیگر
	16. پرداخت نفقه و نفقه کودکان
	17. اعالمیه ها
	18. اطلاعات تولد
	19. اقامت
	20. اعضای خانواده به طور موقت خارج از خانه هستند
	21. آموزش اعضای خانواده
	22. شهروندی
	23. ناتوانی
	24. از دست دادن شغل یا کاهش ساعات کاری
	25. حمایت از کودک
	26. مسکن یارانه ای
	27. الزامات کار TA
	28. جهت گیری TA
	29. طرح مسئولیت شخصی
	30. مالکیت امالک
	31. بیمه نامه عمر
	32. پرداخت های مراقبت از کودک
	33. انحراف کمک موقت
	34. گزارش تغییرات در 10 روز

35.	مسئولیتها و حقوق شما
36.	اطالعات مهم در مورد حقوق شنوایی شما
37.	موافقت نامه و امضای شما
38.	قرارداد واریز مستقیم
39.	قرارداد حمایت از کودکان
40.	ارجاع/اطالعات خدمات پشتیبانی کودک

1. اطلاعات تماس با آژانس

(برای ارجاع به آینده این صفحه را حفظ کنید)

برای یافتن مرکز منابع محلی بخش پشتیبانی خانواده (FSD) یا دفتر MWA:

1. به آدرس:

<https://dss.mo.gov/offices.htm>

بروید 2. کد پستی خود را وارد کرده و روی

ارسال کلیک کنید

3. سپس به پایین بروید و نقشه را با گزینه هایی برای بررسی مشاهده کنید:

▪ مراکز منابع FSD

▪ مراکز کمک کاری میسوری (MWA)

▪ شیرینی های غذایی

▪ مراکز نمایندگی های اقدام اجتماعی (CAA)

خط اطلاعات خودکار FSD 800-392-1261 وضعیت درخواست کمک خود را بررسی کنید. هنگام تماس به شماره تأمین اجتماعی و تاریخ تولد خود نیاز دارید. ساعت: پاسخگویی 24 ساعته در 7 روز هفته	مرکز اطلاعات FSD 855-FSD-اطالعات (855-373-4636) با یکی از اعضای تیم در مورد خدمات FSD، مزایایی که ممکن است در اختیار شما قرار گیرد و/یا برنامه شما کمک کند، صحبت کنید. برای تکمیل مصاحبه 855-823-4908 ساعت کاری: دوشنبه - جمعه، 6:00 صبح تا 6:30 بعد از ظهر
کجا می توانید درخواست تکمیل شده خود را ارسال کنید: • رها کردن - ممکن است این گزینه را داشته باشید که برنامه تکمیل شده TA خود را به مرکز منابع FSD ببرید. • برای یافتن اطلاعات، از جمله در دسترس بودن و ساعات کار، برای مرکز منابع FSD محلی خود، به آدرس زیر مراجعه کنید: https://dss.mo.gov/dss_map/ • ایمیل FSD به: mydssupload.mo.gov برنامه • های کاربردی خود را به آدرس زیر ارسال کنید: بخش حمایت از خانواده PO BOX 2700 Jefferson City MO 65102 • برنامه های تکمیل شده خود را به آدرس زیر فکس کنید: Attn: برنامه TA فکس: 573-526-9400	سایر اعداد مفید: • حمایت از کودک: https://dss.mo.gov/child-support/ • خدمات توانبخشی نابینایان: 800-592-6004 • رله میسوری: 711 • اگر در حال شنیدن و/یا خط اطلاعات هستید (اختلال در گفتار): تلفن پیامکی: 800-735-2966 • دسترسی صوتی TTD: 800-735-2466



درخواست کمک های موقت کمک های نقدی

2. نام متقاضی ، آدرس و اطلاعات تماس	
نام کامل حقوقی متقاضی - نام ، وسط ، نام خانوادگی (نام خانوادگی فعلی و دوشیزه)	شهرستان
آدرس فیزیکی - شماره خانه یا آپارتمان ، خیابان خیابان یا شهرستان ، شهر ، ایالت و کد پستی را وارد کنید	محدوده مدرسه
فقط متقاضیان بی خانمان - آدرس تحویل عمومی - نام اداره پست ، شهر ، ایالت و کد پستی را وارد کنید	
آدرس پستی - صندوق پست ، شماره خانه یا آپارتمان ، خیابان خیابان یا شهرستان ، شهر ، ایالت و کد پستی را وارد کنید	
شماره تلفن اصلی :	(یکی را بررسی کنید)
	☐ موبایل ☐ خانه ☐ تمرین
شماره تلفن دوم:	(یکی را بررسی کنید)
	☐ موبایل ☐ خانه ☐ تمرین
آدرس ایمیل:	
روش تماس ترجیحی (یکی را بررسی کنید) ☐ صدا زدن ☐ متن ☐ *پست الکترونیک ☐ نامه ☐ *ارسال پیامک/ایمیل در همه مکان ها در دسترس نیست	
روش دوم تماس (یکی را بررسی کنید) ☐ صدا زدن ☐ متن ☐ *پست الکترونیک ☐ نامه ☐ *ارسال پیامک/ایمیل در همه مکان ها در دسترس نیست	

3. اعضای خانه شما

اعضای خانواده که با شما زندگی می کنند باید شامل خود و افرادی باشد که در خانه شما زندگی می کنند. شامل همه اعضای خانواده که از طریق خون یا ازدواج با شما یا فرزند شما خویشاوند هستند. به عنوان متقاضی ، شما باید یا والدین ، سرپرست قانونی ، سرپرست و یا خویشاوند فرزندی باشید که در خانه به کمک نیاز دارد. شما همچنین باید برای مزایای سایر اعضای خانواده که تحت مراقبت ، سرپرستی و کنترل شما هستند درخواست کنید.

شامل: شوهر/همسر ، والدین فرزند (فرزند) که برای آن درخواست می کنید ، پدر ، مادر ، خواهر ، برادر ، پدربزرگ ، مادر بزرگ ، عمو ، عمه ، برادرزاده ، خواهرزاده ، پسر عموی اول ، ناپدری ، نامادری ، برادر ناتنی ، ناپدری ، سرپرست قانونی.

موارد زیر را شامل نشود: کودکان 18 ساله که در دبیرستان نیستند ، کودکان 19 سال به بالا ، یا دوستان غیر مرتبط که سرپرست قانونی نیستند.

حضانت مشترک: اگر حضانت قانونی یا فیزیکی مشترکی از فرزندان (خانواده) شما در خانه دارید ، باید والدین دیگر را به عنوان یکی از اعضای خانواده در بخش 3 "اعضای بخش خانواده خود" در صفحه 6 فهرست کرده و آنها را به عنوان عالمت گذاری کنید. "J" در زیر "درخواست برای این عضو یا عضو حضانت مشترک".



اگر از حضانت قانونی 50/50 قانونی فرزندان در خانواده خود برخوردار هستید این کادر را عالمت بزنید:

شماره تأمین اجتماعی (SSN): از آنجا که برای TA درخواست می کنید ، باید یک SSN برای خود و هر یک از اعضای خانواده که شامل خانواده می شود ارائه دهید.

• قانون فدرال از شما می خواهد که برای هر فردی که مایل به دریافت کمک موقت است ، شماره تأمین اجتماعی (SSN) بدهید.

(USC § 1320b-7 42 ؛ USC § 405 (c) (2) (C) 42 ، USC §§ 2011-2036 7 ،

و قانون تأمین اجتماعی (SSA) (سال 1935) بخش 1137) که توسط PL 98-369 اصلاح شده است)

• هر یک از اعضای خانواده شما (از جمله شما) که SSN ندارند و از نظر قانونی قادر به دریافت SSN هستند ، باید با درخواست SSN موافقت کنند یا این که اعضای خانواده واجد شرایط TA نیستند. you ما شما را

برای درخواست SSN یا یک دفتر تأمین اجتماعی ارجاع می دهیم

می توانید بصورت آنلاین در ssa.gov برای SSN درخواست دهید. می توانید یک درخواست برای کارت تأمین اجتماعی پر کرده و چاپ کنید.

• مهاجرانی که از نظر قانونی نمی توانند شماره تأمین اجتماعی بگیرند ، ملزم به ارائه شماره یا درخواست شماره نیستند.

• اگر برای مزایای خود درخواست نمی کنید ، مجبور نیستید شماره تأمین اجتماعی خود را به ما بدهید. با این حال ، ممکن است میزان کل مزایای کمک نقدی را برای شخصی که برای او درخواست می کنید کاهش دهد ، زیرا ما شما را در مبلغ مزایا لحاظ نمی کنیم.

• ما از SSN شما به عنوان شماره شناسایی شماره مشتری (DCN) استفاده نمی کنیم.

• ما هیچ گونه SSN به خدمات شهروندی و مهاجرت ایالت متحده (USCIS) نمی دهیم.

• ما از اطلاعات شما از جمله SSN برای موارد زیر استفاده می کنیم:

▫ تأیید هویت ▫

تأیید وضعیت شهروندی و مهاجرت ▫ درآمد و

منابع را تأیید کنید

▫ از مزایای تکراری جلوگیری کنید ▫ حمایت

از کودکان را ایجاد و اجرا کنید

▫ مطابقت رایانه ای با آژانس های ایالتی ، محلی و فدرال و سایر برنامه های ما برای تأیید اطلاعات

▫ در صورت مزایای اضافی به شما پول جمع آوری کنید ▫ برای

ارزیابی کمکهای نقدی با سایر سازمانهای دولتی و پیمانکاران آنها به اشتراک بگذارید

ما ممکن است اطلاعات شما را به منظور دستگیری افرادی که برای فرار از قانون فرار می کنند در اختیار مقامات مجری قانون قرار دهیم.

اطالعات مهم در مورد وضعیت شهروندی و مهاجرت:

- برای دریافت بیشترین کمک ، باید اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت مهاجرت را برای هر فردی که درخواست کمک می کند به ما ارائه دهید.
- اعطای شهروندی و وضعیت مهاجرت برای همه افرادی که واجد شرایط دریافت مزایا هستند به ما امکان می دهد آنها را در مبلغ مزایای کمک موقت قرار دهیم. اگر این اطلاعات را در اختیار ما قرار ندهید ، مبلغ کل مزایای TA برای خانواده شما ممکن است کمتر باشد. با این حال ، این امر بر صالحیت افرادی که برای آنها درخواست می کنید و تأیید تابعیت یا وضعیت غیر شهروندی واجد شرایط را به ما داده اند ، تأثیر نمی گذارد.
- نیازی نیست اطلاعاتی در مورد تابعیت و وضعیت مهاجرت برای هر فردی که متقاضی نیست به ما ارائه دهید.
- برای تکمیل فرایند درخواست ، نیازی نیست اطلاعاتی در مورد درآمد ، منابع یا سایر اطلاعات به ما بدهید که اطلاعات شهروندی یا وضعیت مهاجرت را به ما نداده اند.
- اگر خودتان برای هیچ مزایایی درخواست نمی کنید یا اگر اطلاعات شهروندی یا مهاجرت را ارائه نمی دهید ، ما سعی نمی کنیم این اطلاعات را از USCIS پیدا کنیم.
- اطلاعات شهروندی در بخش 20 (صفحه 15) تکمیل می شود.

نحوه تکمیل اعضای نمودار خانه خود در زیر:

- **نام عضو** - نام شخصی که در محل زندگی شما زندگی می کند - ابتدا خود و سپس هر یک از اعضای خانواده را ذکر کنید. اگر از سرپرستی 50/50 فرزندان خانواده خود برخوردار هستید ، باید شخصی را که با او حضانت مشترک دارید به عنوان یکی از اعضای خانواده خود ذکر کنید ، حتی اگر آنها با شما زندگی نمی کنند. این شخص بعنوان عضو مشترک حضانت مشخص خواهد شد.
- **مسابقه** - وارد کنید: 1 برای سفیدها ، 2 برای سیاهپوستان/آفریقایی تبارها ، 4 برای سرخپوستان آمریکایی/بومی آلسکا ، A4 برای قبیله ای که به رسمیت شناخته شده است ، 5 برای آسیایی ، 6 برای بومیان هاوایی/جزیره اقیانوس آرام ، یا 7 برای دیگر
- **جنسیت**: M برای مرد ، F برای زن
- **رابطه حقوقی با شما** - از طریق ازدواج ، خون یا دادگاه ، (به عنوان مثال: همسر ، پسر ، دختر ، سرپرست قانونی)
- **وضعیت تأهل** - وارد کنید: SGL برای مجردها ، M برای متاهلان ، D برای مطلقه ، W برای بیوه ، SEP برای جدا شده
- **تاریخ ازدواج ، طلاق ، جدایی یا بیوه شدن** - تاریخ تغییر وضعیت تأهل خود را وارد کنید
- تاریخ تولد این عضو
- **درخواست برای این عضو یا عضو حضانت مشترک**: Y برای بله ، N برای نه ، J برای حضانت مشترک (اگر این والدین دیگری هستند که با شما حضانت مشترک دارند اما با شما زندگی نمی کنند)

• SSN (شماره تأمین اجتماعی) - در صورت داشتن شماره تأمین اجتماعی برای اعضا ، ارائه دهید

• برای SSN درخواست می کند - Y را برای Yes ، N برای No (فقط در صورتی که اعضای خانواده SSN نداشته باشند) کامل کنید

نام عضو	مسابقه	رابطه ی جنسی	رابطه حقوقی با شما	وضعیت تاهل	تاریخ ازدواج ، طلاق ، جدایی یا بیوه شدن	تاریخ تولد	درخواست برای این عضو یا حضانت مشترک	SSN	برای SSN درخواست می شود
			خود						

4. خشونت خانوادگی

FSD این سوالات را به هدف شناختن قربانیان پرسان می کند تا این افراد بتوانند مفاد و منابع مناسب با موقعیت خود را دریافت کنند و از محرمانه بودن اطلاعات و اسناد شخصی اطمینان حاصل کنند.

1. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده نزدیکتان در حال حاضر توسط یکی از اعضای خانواده، شریک صمیمی فعلی یا سابق از نظر جسمی یا روحی ضرر دیدید؟

2. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده نزدیکتان در حال حاضر یا کدام وخت دیگر مجبور به رابطه جنسی یا انجام اعمال جنسی در زمانی که نه گفتید یا نخواستید، شده هستید؟

3. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده نزدیکتان تا به حال از جایی به مکان دیگر تحت تعقیب قرار گرفته هستید یا در حال حاضر توسط یک شخص یا گروه مورد آزار و اذیت قرار گرفته هستید؟

5. اگر شما در ایالت میسوری هستید و علاقه مند به آشنایی بیشتر با امتیازات و منابع موجود برای خود و وابستگان تان هستید، به وب سایت

<https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>

ذیل مراجعه کنید



6. نماینده مجاز

من می خواهم یک نماینده مجاز به من در درخواست کمک موقت (TA) کمک کند و/یا در صورت دریافت TA از طرف من عمل کند.

بله خیر اگر بله ، این بخش را تکمیل کنید: با تعیین نماینده ☐ ☐

مجاز ، شما موافقت می کنید که به FSD اجازه دهید نامه ها و اطلاعاتی ها را به نماینده مجاز خود ارسال کند.

شخصی که شما تعیین می کنید باید 18 سال یا بیشتر باشد و از وضعیت شما به خوبی مطلع باشد تا بتواند درخواست شما را تکمیل کند یا از طرف شما عمل کند. آنها آگاهانه اظهارات نادرست یا گمراه کننده نمی کنند ، اطلاعات را پنهان نمی کنند ، یا از گزارش هرگونه واقعیت یا رویدادی که طبق قوانین ، مقررات یا قوانین این ایالت یا ایالت متحده الزم است گزارش دهند ، کوتاهی می کنند.

من/ما به این شخص (بالای 18 سال) اجازه می دهیم مسئول (یک یا چند جعبه را علامت بزنید) باشد: کمک به من/ما برای

دریافت مزایای TA که شامل عمل کردن به نمایندگی از جانب من/ما در صورت تأیید مزایای TA ☐
، از جمله بررسی سالانه ، گزارش تغییرات و دریافت اعلانات است.

☐ دسترسی به ارتباطات آنلاین حساب FSD.

☐ فقط پس از فوت من به ارتباطات آنلاین حساب FSD دسترسی پیدا کنید.

نام کامل حقوقی نماینده مجاز (اول ، وسط ، آخرین)	تاریخ تولد نماینده مجاز
آدرس پستی نماینده مجاز - شماره خانه یا آپارتمان ، خیابان یا جاده شهرستان ، شهر ، ایالت و کد پستی را وارد کنید	
شماره تلفن اصلی نماینده مجاز (یکی را بررسی کنید) سلول ☐ خانه ☐ کار ☐ دیگر ☐	
من/ما درک می کنیم که من/ما مسئول اطلاعات ارائه شده توسط نماینده مجازم هستم ، از جمله هر گونه اطلاعاتی که ممکن است نادرست باشد.	
مضای شما (مقتضی):	
امضای نماینده مجاز:	

7. پرداخت مزایای TA

- شما باید از کمک نقدی TA خود برای کمک به فرزند یا فرزندان خود استفاده کنید.
- پرداخت مزایای نقدی TA شما ممکن است در کارت انتقال سود الکترونیکی (EBT) یا سپرده مستقیم به حساب بانکی برای شما ارسال شود. اگر برای TA تأیید شده اید و سپرده مستقیم شما برای اولین پرداخت تنظیم نشده است، اولین چک برای شما پست می شود.
- شما نمی توانید از کارت EBT خود در موارد زیر استفاده کنید:

□ فروشگاه های مشروب فروشی □

کازینوها یا مراکز بازی

□ موسسات خرده فروشی که سرگرمی های بزرگسالان را ارائه می دهند، و

□ هر مکان یا اقامتی که توسط بزرگسالان 18 سال به بالا استفاده می شود و به نفع کودک یا خانواده نیست.

سوء استفاده از مزایای TA غیرقانونی است:

- معاملات EBT شما تحت نظارت خواهد بود.
- اگر از پول TA خود سوء استفاده می کنید، ممکن است تحت تحقیق قرار گرفته و مجبور شوید پول را بازپرداخت کنید.
- در صورت خرید کارت یا پرداخت های EBT شخص دیگری، یا پرداخت یا پرداخت EBT خود، قانون را نقض می کنید.

روش پرداخت مزایای TA:

- در زیر، نحوه تأمین مزایای نقدی TA خود را در صورت تأیید TA به ما بگویید. اگر سپرده مستقیم را انتخاب می کنید،
- فرم درخواست واریز مستقیم را در بخش 36 (صفحه 26) این برنامه تکمیل کنید

موارد زیر را پاسخ دهید:

چگونه می خواهید از مزایای نقدی TA خود استفاده کنید؟ کارت؟ واریز مستقیم EBT کارت	آیا به کارت EPT احتیاج دارید؟ □ بله □ خیر
---	--

اطلاعات واریز مستقیم (بخش 36 را در صفحه 26 کامل کنید):

حداقل 10 روز طول می کشد تا حساب بانکی شما تأیید شود.

- هرگونه پرداختی که قبل از اینکه بانک حساب شما را تأیید کند، از طریق چک برای شما ارسال می شود یا از طریق انتقال مزایای الکترونیکی انجام می شود.
 - پرداخت در تاریخ ارسال چک برای نوع کمک شما به بانک شما منتقل می شود. اگر سوالی در مورد دارید
- آیا پرداختی به حساب شما واریز شده است، می توانید این اطلاعات را از بانک خود دریافت کنید.

• در صورت نیاز به تغییر حساب بانکی سپرده مستقیم خود ، می توانید با خدمات مشتریان بخش پشتیبانی خانواده به شماره 855-373-4636 تماس بگیرید.

فورا درخواست کنید که واریز مستقیم به حساب جاری بانکی متوقف شود. اگر این کار را نکنید ، پرداخت شما به تأخیر می افتد.

• هرگونه پرداختی که پس از بسته شدن حساب سپرده مستقیم شما انجام می شود ، به صورت چک به آدرس پستی شما ارسال می شود.

8. نمایش و درمان داروها

مهم - اگر می خواهید مزایای TA را بدست آورید و حفظ کنید ، این بخش را تکمیل کنید و با غربالگری یا درمان دارو همکاری کنید.

این بخش شامل اطلاعات مهمی در مورد غربالگری و درمان دارویی است. عدم همکاری با این بخش می تواند باعث شود شما برای مدت 3 سال واجد شرایط TA نباشید!

• قانون میسوری FSD را ملزم می کند که از متقاضیان TA در مورد مصرف غیرقانونی مواد سوال کند.

• در صورت امتناع از پاسخ به این سوالات ، برای 3 سال غیرقابل قبول هستید. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.*

ممکن است از شما خواسته شود آزمایش دارویی انجام دهید

□ نامه ای از شرکت آزمایش دارو دریافت خواهید کرد که به شما می گوید در کجا و چه زمانی باید آزمایش دارویی خود را انجام دهید.

□ اگر در قرار ملاقات حاضر نشوید ، تمام مدارک مورد نیاز را در هنگام درخواست داروی خود نداشته باشید یا آزمایش دارو را تکمیل نکنید ، برای 3 سال غیرقابل قبول خواهید بود. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.*

می توانید به جای انجام آزمایش دارویی ، مستقیماً به درمان سوء مصرف مواد مراجعه کنید.

□ اگر از داروهای غیرقانونی استفاده می کنید ، اگر در قسمت "غربالگری دارو" در زیر "بله" به سوال شماره 2 "بله" پاسخ دهید ، می توانید بافاصله به درمان مراجعه کنید.

اگر شما برای TA تأیید شده اید ، در صورت رعایت الزامات درمان سوء مصرف مواد تحت اداره بهداشت روانی (DMH) ، مزایای شما به دلیل الزامات غربالگری دارو کاهش نمی یابد.

اگر تست شما مثبت است:

شما باید با پیوستن ، مشارکت و تکمیل موفقیت آمیز برنامه درمان سوء مصرف مواد از طریق DMH موافقت کنید ، در غیر این صورت برای 3 سال غیرقابل قبول خواهید بود. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.*

اگر برای TA تأیید شده اید ، در صورت رعایت الزامات درمان سوء مصرف مواد تحت DMH ، مزایای شما به دلیل الزامات غربالگری دارو کاهش نمی یابد.

اگر به برنامه درمان دارویی ارجاع شده اید:

DMH برای ارزیابی نیاز شما به درمان با شما تماس می گیرد.

☐ اگر برای درمان حاضر نشدید یا درمان را کامل نکنید ، برای 3 سال غیرقابل قبول هستید. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.*

اگر برای کمک موقت تأیید شده اید ، در صورت رعایت الزامات درمان سوء مصرف مواد تحت DMH ، مزایای شما به دلیل الزامات غربالگری دارو کاهش نمی یابد.

اگر واجد شرایط TA نیستید ، باید به FSD بگویید گیرنده محافظ شما کیست

شما باید شخصی را برای دریافت مزایای TA برای بقیه اعضای خانواده خود انتخاب کنید. این شخص "حقوق گیرنده محافظ" نامیده می شود. اگر شما حقوق گیرنده محافظ را انتخاب نکنید ، FSD این شخص را انتخاب می کند. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.*

*برای "اطالعات مهم در مورد حقوق شنوایی خود" به بخش 34 (صفحه 23 - 24) مراجعه کنید.

غربالگری دارو - به موارد زیر پاسخ دهید:

1. چند بار در سال گذشته از داروهای غیرقانونی استفاده کرده اید یا از داروهای تجویزی به دلیل غیر پزشکی استفاده کرده اید؟

(یکی را بررسی کنید)

☐ 0 ☐ 1 تا 5 ☐ 6 تا 9 ☐ 10 یا بیشتر ☐ من از پاسخ دادن خودداری می کنم (شما 3 سال برای TA غیرقابل قبول خواهید بود)

2. اگر شما ملزم به ارائه آزمایش دارویی هستید ، آیا می خواهید به جای انجام آزمایش دارویی ، برای درمان سوء مصرف به DMH ارجاع داده شوید؟

☐ بله ☐ خیر

توصیه های مداوم آزمایش دارو

• اگر برای TA تأیید شده اید و سن 18 سال یا بیشتر دارید و سرپرست خانواده هستید ، نام شما با سوابق گشت بزرگراه میسوری (MHP) مطابقت خواهد داشت.

☐ FSD نام شما را به MHP ارسال می کند تا MHP بتواند نام شما را با سوابق خود مطابقت دهد.

☐ MHP اطالعات FSD را در مورد دستگیری یا محکومیت های مربوط به مواد مخدر در 12 ماه گذشته ارسال می کند. ☐

در صورت دستگیری یا محکومیت مربوط به مواد مخدر ، نام شما به یک شرکت آزمایش مواد مخدر ارسال می شود.

شرکت آزمایش دارو نامه ای برای شما ارسال می کند و به شما می گوید که کجا و چه موقع آزمایش داروی خود را انجام دهید.

☐ اگر برای قرار ملاقات حاضر نشوید یا آزمایش دارو را تکمیل نکنید ، برای 3 سال غیرقابل قبول هستید.

اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید. برای اطالعات مهم در مورد حقوق شنوایی خود به بخش 34 (صفحات 23-24) مراجعه کنید.

9. زبان

FSD باید اطلاعاتی را در مورد زبانی که به آن صحبت می کنید بداند تا بهتر بتواند به شما کمک کند. زبانی که صحبت می کنید بر توانایی شما در دریافت مزایای TA تأثیر خواهد گذاشت.

انگلیسی می‌تونی صحبت کنی؟

☐ بله ☐ خیر اگر بله ، به بخش 7 بروید.

اگر نه ، به چه زبانی صحبت می کنید؟ ☐ آلبانیایی ☐ عربی ☐ چینی ☐ فارسی ☐ فرانسوی آلمانی

☐ ایتالیایی ☐ کره ای ☐ کردی ☐ رومانیایی ☐ روسی ☐ سومالیایی ☐ اسپانیایی ☐ سودانی ☐ ویتنامی

☐ دیگر - لیست:

10. مزایای TA که در ایالت دیگری ، تحت نام دیگر یا در خانواده دیگری دریافت شده است

1. آیا شما یا هر کسی در خانواده شما تا به حال مزایای TA یا برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP) را در ایالت دیگری دریافت کرده اید؟

☐ بله ☐ خیر اگر بله ، موارد زیر را لیست کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

نوع مزایا (SNAP ، TA یا هر دو)	ماه گذشته مزایای TA در ایالت دیگری دریافت شد	ت ایالتی که مزایای TA دریافت شده است را ذکر کنید	ی اعضای خانواده که در ایالت دیگری مزایا دریافت کرده اند

2. آیا شما یا هر کسی در خانواده شما مزایای TA یا SNAP را با نام دیگری دریافت کرده اید؟

بله ☐ خیر اگر بله ، موارد زیر را لیست کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خوندان شروع کنید. ☐

اسامی اعضای خانواده که با نام دیگری مزایا دریافت کرده اند	سایر مزایای نام دریافت شده تحت	نوع مزایا (SNAP ، TA یا هر دو)

3. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده خود در حال حاضر TA یا SNAP را به عنوان یکی از اعضای خانواده دیگر دریافت می کنید؟

بله ☐ خیر اگر بله ، موارد زیر را لیست کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خوندان شروع کنید. ☐

نام اعضای خانواده که از مزایای دریافتی به عنوان یکی از اعضای خانواده دیگر برخوردار است	نوع مزایا (SNAP ، TA یا هر دو)

11. منابع

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما دارای حساب های جاری ، حساب های پس انداز ، پول نقد در دست ، گواهی سپرده ، سهام ، اوراق قرضه پس انداز ، اوراق مشارکت ، بدهی به آنها ، امانت یا سرمایه گذاری دیگر هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده کامل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

منابع (مانند حساب جاری) باید برای پردازش درخواست شما اثبات شود. اگر این اطلاعات را دارید ، آن را با این برنامه ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دستیابی به این اطلاعات کمک کند ، اما این وظیفه شماست که مطمئن شوید اطلاعات توسط FSD دریافت شده است.

نام اعضای خانواده با منبع	اگر این یک حساب مشترک است ، آیا مشارکت می کنید؟ (آره یا نه)	تاریخ افتتاح حساب	ارزش یا تعادل	شرح منبع (یعنی حساب پس انداز)	محل منبع (یعنی نام بانک)	آیا اعضای خانواده به این منبع دسترسی دارند؟ (آره یا نه)
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

12. برنامه دفن

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما یک طرح دفن دارید یا پرداخت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده کامل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

برنامه های دفن باید برای پردازش درخواست شما ثابت شود. اگر یک نسخه از طرح دفن با صاحب بیمه نامه دارید ، نام شرکت بیمه (در صورت وجود) ، شماره بیمه نامه (در صورت وجود) ، ارزش اسمی برنامه و ارزش تسلیم سود برنامه ، برنامه را در اختیار آن قرار دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دستیابی به این اطلاعات کمک کند ، اما این وظیفه شماست که مطمئن شوید اطلاعات توسط FSD دریافت

شده است.

نام اعضای خانواده با طرح دفن	صاحب خط مشی	تاریخ صدور	نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	برنامه ریزی ارزش اسمی	برنامه ارزش افزوده نقدی سود

13. اشتغال-غیر از خوداشتغالی

آیا شما یا سایر اعضای خانواده شاغل هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده کامل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خوندتان شروع کنید. اگر یکی از اعضای خانواده بیش از یک شغل دارد ، هر شغل را در خطوط جداگانه ذکر کنید.

برای بررسی درخواست شما باید مدرک اشتغال داشته باشیم. اگر در 30 روز گذشته یک کپی مقاله چک دریافتی دارید ، برنامه را در اختیار آنها قرار دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دستیابی به این اطلاعات کمک کند ، اما این وظیفه شماست که مطمئن شوید اطلاعات توسط FSD دریافت شده است.

نام اعضای شاغل خانواده	تاریخ شروع	نام کارفرما	آدرس و تلفن کارفرما	توق ناخالص قبل از کسر	چقدر پرداخت می شود
				\$	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه ☐ دیگر ، توضیح دهید:
				\$	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه

☐ ماهانه دیگر ☐ توضیح دهید:					
--	--	--	--	--	--

14. خوداشتغال

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما مشاغل شخصی خود را اداره می کنید یا مشاغل آزاد دارید؟ مثال: نگهداری از کودک ، درآمد مزرعه ،

مشاغل عجیب یا دیگران

☐ بله ☐ خیر اگر بله ، موارد زیر را کامل کنید. اگر خیر ، به بخش 13 بروید.

برای رسیدگی به درخواست شما باید مدرکی مبنی بر خود اشتغالی داشته باشیم. اگر از ژانویه تا دسامبر برای کل سال مشاغل آزاد داشته اید ، می توانید آخرین اظهارنامه مالیاتی خود را ارائه دهید. اگر در تمام طول سال مشاغل آزاد نداشته اید ، می توانید دفترچه های تجاری ، رسیدها ، سوابق حساب تجاری ، مراجع و غیره را ارائه دهید و برنامه را در اختیار آنها قرار دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دستیابی به این اطلاعات کمک کند ، اما این وظیفه شماست که مطمئن شوید اطلاعات توسط FSD دریافت شده است.

• دفاتر زیر باید درآمد مربوط به مشاغل آزاد در 3 ماه گذشته را منعکس کند.

• درآمد ثبت شده باید همان چیزی باشد که باید در فرم های مالیاتی ارسال شده به سرویس درآمد داخلی (IRS) برای اعضای خانواده گزارش شود.

• باید ماه ، سال ، درآمد ناخالص ، کل هزینه ها و نوع هزینه ها را مشخص کنید. (شما باید مدرکی در این باره ارائه دهید اطلاعات)

نام اعضای خانواده مشاغل آزاد: نام

یا نوع کسب و کار:

تاریخ شروع:

ماه سال	درآمد و هزینه
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:

نام اعضای خانواده مشاغل آزاد: نام

یا نوع کسب و کار:

تاریخ شروع:

ماه سال	درآمد و هزینه
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:
	درآمد ناخالص \$ _____ مجموع هزینه ها _____ دالر لیست انواع هزینه های ادعا شده:

15. سایر درآمدها

لیست درآمدهای دیگر:

حمایت از کودک

تامین اجتماعی - شماره ادعا را وارد کنید:

درآمد امنیتی اضافی (SSI) ،

درآمد از کار افتادگی تأمین اجتماعی (SSDI) ،

بیمه سالمندان ، بازماندگان و ازکارافتادگی (OASDI)

پرداخت معلولیت با حمایت کارفرما

صندوق امانت/سالیانه سود

یا سود سهام بازنشستگی/بازنشستگی/معلولیت

مزایای جانبازان

جبران خسارت بیکاری پول از

دوستان یا بستگان

سایر - توضیح دهید که چه درآمد دیگری دارید

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما در حال حاضر درآمد دیگری دریافت می کنید یا در 30 روز گذشته درآمد دیگری دریافت کرده اید؟

☐ بله ☐ خیر

اگر بله، موارد زیر را برای هر یک از اعضای خانواده تکمیل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند، ابتدا از خودتان شروع کنید.

• سایر درآمدها باید برای پردازش درخواست شما اثبات شود. اگر یکی از مقالات ذکر شده در زیر را دارید، درخواست خود را به آنها ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دستیابی به این اطلاعات کمک کند، اما این وظیفه شماست که مطمئن شوید اطلاعات توسط FSD دریافت شده است.

☐ صندوق های اعتباری/مستمری ها و حقوق بازنشستگی - نامه یا بیانیه ای از برنامه که میزان درآمد ماهانه را نشان می دهد.

☐ مزایای اداره جانبازان (VA) - نامه VA با مبلغ سود فعلی

☐ پول از دوستان یا بستگان - بیانیه کتبی از شخصی که پول را داده است.

نام اعضای خانواده:	نوع درآمد دیگر (به لیست بال مراجعه کنید)	مبلغ پرداختی	چقدر پرداخت می شود
			☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه دیگر، توضیح دهید:
			☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه دیگر، توضیح دهید:
			☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه دیگر، توضیح دهید:
			☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه

☐ دیگر ، توضیح دهید:			
---	--	--	--

16. حمایت و نفقه کودکان را بپردازید

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما به شخص دیگری در خارج از خانواده نفقه یا نفقه می دهید؟
☐ بله ☐ خیر
 اگر بله ، موارد زیر را برای هر یک از اعضای خانواده تکمیل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

پرداخت اعضای خانواده	شخص پرداخت شده است	مبلغ پرداخت شده	نوع پرداخت (حمایت از فرزند یا نفقه)	چقدر پرداخت می شود
				☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه ☐ دیگر ، توضیح دهید:
				☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه ☐ دیگر ، توضیح دهید:

17. اعالمیه ها

در این بخش برای هر کسی که در بزرگسالی تالش کرده یا محاکمه ای را برنامه ریزی کرده است بله را پاسخ دهید. اگر پاسخ "بله" همه اعضای خانواده است ، این امر در مورد آن صدق می کند. اگر این سوال برای هیچ کس در خانه صدق نمی کند ، "نه" پاسخ دهید.

اگر بله تاریخ تخلف	نام اعضای خانواده را ذکر کنید		
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده شما پس از 9/22/96 به خرید یا فروش مزایای SNAP به ارزش 500 دلار یا بیشتر محکوم شده اید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده خود برای فرار از تعقیب ، بازداشت یا زندان به دلیل جرمی (یا اقدام به جنایت) فرار می کنید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده خود شرط مشروط یا مشروط را نقض می کنید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده خود SNAP/TA را با هویت دیگری یا به عنوان عضوی از خانواده دیگر یا در ایالت دیگر دریافت می کنید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده خود در دادگاهی فدرال یا ایالتی به جرم ارتكابی پس از 22/8/96 در ارتباط با داشتن ، استفاده یا توزیع غیرقانونی مواد کنترل شده محکوم شده اید؟
		☐ بله ☐ خیر اگر بله ، چه وضعیتی دارد:	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده تان تا به حال به دلیل دریافت تقلبی از مزایای SNAP/TA ، FS در هر ایالت پس از 9/22/96 متهم شده اید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده تان پس از 9/22/96 به دلیل تجارت با مزایای SNAP برای اسلحه ، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده اید؟
		☐ بله ☐ خیر	آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده شما به دلیل تجارت مزایای SNAP برای داروها پس از 9/22/96 محکوم شده اید؟

18. اطلاعات تولد

موارد زیر را برای هر یک از اعضای خانواده تکمیل کنید ، ابتدا از خود شروع کنید. این مورد را به ترتیب "اعضای خانواده شما" در بخش 2 ذکر کنید. اگر عضو خانواده در میسوری متولد شده باشد ، ممکن است FSD به اطلاعات اضافی احتیاج نداشته باشد. اگر برای اعضای خانواده متولد نشده در میسوری گواهی تولد دارید ، درخواست خود را ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند ، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

نام اعضای خانواده	تاریخ تولد	آیا هنگام به دنیا آمدن والدین آنها ازدواج کردند؟	نام خانوادگی (مادر (اولین و آخرین)	نام پدر (اول و آخر)	شهرستان محل تولد	وضعیت تولد
1.		☐ بله ☐ خیر				
2.		☐ بله ☐ خیر				
3.		☐ بله ☐ خیر				
4.		☐ بله ☐ خیر				
5.		☐ بله ☐ خیر				
6.		☐ بله ☐ خیر				
7.		☐ بله ☐ خیر				

8.		☐ بله ☐ خیر			
9.		☐ بله ☐ خیر			
10.		☐ بله ☐ خیر			

19. محل سکونت

آیا شما و همه اعضای خانواده ساکن میسوری هستید؟ و آیا همه قصد دارند در میسوری بمانند؟
☐ بله ☐ خیر
 اگر نه ، نام هر یک از اعضای خانواده را که ساکن میزوری نیست یا قصد اقامت ندارد ، ذکر کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

1.	2.	3.

20. اعضای خانه به طور موقت خارج از خانه هستند

لیست دالیلی که ممکن است یکی از اعضا خارج از خانه باشد:

در سرپرستی بخش کودکان

در مرکز درمان

در خانه آزمایشی با بخش کودکان

در بیمارستان در

سپاه شغلی

موقت خارج از حالت

در مدرسه

دیگر - توصیف کنید

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده به طور موقت خارج از خانه هستید؟
☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، هر یک از اعضای خانواده را که موقتاً خارج از خانه هستند ذکر کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

اعضای خانواده که خارج از خانه هستند	تاریخ خروج از خانه	تاریخ بازگشت مورد انتظار	آدرس فعلی	شهرستان

دلیل خارج از خانه (به لیست بال مراجعه کنید): دلیل

--	--	--	--	--

خارج از خانه (به لیست بال مراجعه کنید): دلیل

--	--	--	--	--

خارج از خانه (به لیست بال مراجعه کنید):

--	--	--	--	--

21. آموزش عضو خانگی

موارد زیر را برای خود و سایر اعضای خانواده که در مدرسه حضور دارند ، کامل کنید ، از جمله کودکانی که باید از مهد کودک شروع کنند یا 6 سال یا بیشتر داشته باشند. ابتدا از خودتان شروع کنید.

برای اعضای خانواده 17 سال یا بیشتر و دبیرستانی ، نامه ای از مدرسه ارائه دهید که نشان می دهد دانش آموز ثبت نام شده است ، وضعیت دانش آموز و تاریخ فارغ التحصیلی مورد انتظار. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند ، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

نام اعضای خانواده	بالاترین درجه تکمیل شده	وضعیت ثبت نام NE = ثبت نام نشده است PT = پاره وقت HT = نیمه وقت FT = تمام وقت	درجهی کسبشده DP = دیپلم CE = گواهینامه AS = مدرک کاردانی. BA = لیسانس. MA = کارشناسی ارشد. PH = دکتری	نام مدرسه	نوع مدرسه مثال ها: ابتدایی دبیرستان مدرسه خانگی دانشکده	شهر مدرسه	اگر بالای 17 سال ، فارغ التحصیلی یا اریخ پیش بینی شده فارغ التحصیلی
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

22. تابعیت

• آیا همه اعضای خانواده شما شهروندان ایالت متحده هستند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر نه ، وضعیت مهاجرت زیر را برای هر یک از اعضای خانواده که شهروند ایالت متحده نیستند تکمیل کنید.

• اگر شهروند ایالت متحده نیستید ، واجد شرایط بودن TA شما بستگی به این دارد که وضعیت تابعیت شما واجد شرایط یا غیر واجد شرایط است و تاریخ ورود شما به ایالت متحده.

• برخی از شهروندان واجد شرایط غیر ایالت متحده به مدت 5 سال از تاریخ ورود خود واجد شرایط نیستند.

• برای هیچ یک از اعضای خانواده که برای او درخواست نمی کنید ، تکمیل نکنید.

وضعیت شهروندی باید برای پردازش درخواست شما اثبات شود. در صورت داشتن هر یک از این اسناد ذکر شده در زیر ، کپی درخواست خود را ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند ، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

• شناسنامه

• نامه صدور گواهینامه

• DD214

• شناسنامه نظامی

• نامه از اداره امور کانادا در امور هند

• حکم قاضی مهاجر

• USCIS با اوراق بهادار امنیت داخلی نشان دهنده بیگانگان

وضعیت

• سایر موارد (توضیح دهید)

وضعیت مهاجرت برای این اعضای خانواده	لیست اعضای خانواده با این وضعیت مهاجرت	تاریخ ورود به آمریکا	حامی - در صورت وجود
☐ آمرازی ها			
☐ مهاجرت ضرب و شتم			
☐ متقاضی کوبا/هائیتی از			
☐ اعالم امتناع کرد اخراج			
☐ ممنوع است اعطای			
☐ پناهندگی اجازه ورود			
☐ مشروط			
☐ همونگ/ کوهنوردان النوس/ بومیان			
CRS BRDR			
☐ مهاجر			

			☐ مهاجران دارای ارتباط نظامی ☒ مقیم دائم قانونی ☐ میکرونزایی ☐ ملی ها ☐ فاقد مستند ☐ مشروط ☐ پناهنده ☐ مهاجران ویژه از طریق (عراق یا افغانستان) ☐ ویزای دانشجویی ☐ مهاجر موقت ☐ وضعیت محافظت شده موقت ☐ قربانیان قاچاق

وضعیت مهاجرت برای این اعضای خانواده	لیست اعضای خانواده با این وضعیت مهاجرت	تاریخ ورود به آمریکا	حامی - در صورت وجود
☐ آمرازی ها ☐ مهاجرت ضرب و شتم ☐ متقاضی کوبا/هائیتی از ☐ اعالم امتناع کرد اخراج ☐ ممنوع است اعطای ☐ پناهندگی اجازه ورود ☐ مشروط ☐ همونگا/ کوهنوردان النوس/ بومیان CRS BRDR ☐ مهاجر ☐ مهاجران دارای ارتباط نظامی ☒ مقیم دائم قانونی ☐ میکرونزایی ☐ ملی ها ☐ فاقد مستند ☐ مشروط ☐ پناهنده ☐ مهاجران ویژه از طریق (عراق یا افغانستان) ☐ ویزای دانشجویی ☐ مهاجر موقت ☐ وضعیت محافظت شده موقت ☐ قربانیان قاچاق			

23. ناتوانی

آیا شما یا هر کس دیگری در خانواده شما به دلیل بیماری یا جراحت نابینا ، معلول یا قادر به کار نیستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده که دارای این شرایط هستند ، موارد زیر را کامل کنید. اگر معلول هستید ، ابتدا از خودتان شروع کنید.

برخی از معلولیت های ذکر شده در زیر اطلاعاتی را به صورت پررنگ ارائه می دهند که می توانید از آنها برای ارائه مدرک ناتوانی خود استفاده کنید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند ، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

لیست انواع معلولیت:

• کور

• معلولیت در انتظار - درآمد امنیتی اضافی (SSI) ؛ درآمد از

کار افتادگی تأمین اجتماعی (SSDI) ؛ پیری ، بازمانده

و بیمه معلولیت (OASDI) یا پرداخت های ناتوانی تحت حمایت کارفرما

• MO HealthNet را برای سالمندان ، نابینایان و معلولین دریافت می کند

• کمکهای تکمیلی برای نابینایان دریافت می کند

• معلولیت تأمین اجتماعی دریافت می کند

• SSI دریافت می کند

• برای معلولیت درخواست نکرده ام ، اما من معلول هستم. همچنین باید برنامه MO HealthNet را در آدرس زیر تکمیل کنید

<http://dss.mo.gov/mhk/appl.htm>

و برای SSI یا SSDI در ssa.mo.gov درخواست دهید.

• بیمه از کار افتادگی تحت حمایت کارفرما-در صورتی که اظهارنامه ای از ارائه دهنده بیمه خود در تاریخ 30 روز گذشته دارید ،

آن را ارائه دهید

• برای مراقبت از افراد ناتوان در خانه مورد نیاز است - اگر بیانیه ای از یک متخصص پزشکی دارید که نشان می دهد فرد شما را ملزم می کند که در 30 روز گذشته با آنها در خانه بمانید ، آن را ارائه دهید.

• مزایای از کار افتادگی راه آهن را دریافت می کنید - اگر در 30 روز گذشته اظهارنامه ای دارید ، آن را ارائه دهید.

• معلولان موقت - اگر شما دارای یک اظهارنامه حرفه ای پزشکی در 30 روز گذشته هستید که نشان دهنده مدت ناتوانی موقت است ، آن را ارائه دهید.

- جانباز با هر نوع معلولیت - اگر دارای سابقه پزشکی حرفه ای در 30 روز گذشته هستید ، آن را ارائه دهید.

نام اعضای خانواده	ناتوانی تاریخ شروع شد
نوع معلولیت (به لیست بال مراجعه کنید)	
نام اعضای خانواده	ناتوانی تاریخ شروع شد
نوع معلولیت (به لیست بال مراجعه کنید)	
نام اعضای خانواده	ناتوانی تاریخ شروع شد
نوع معلولیت (به لیست بال مراجعه کنید)	
نام اعضای خانواده	ناتوانی تاریخ شروع شد
نوع معلولیت (به لیست بال مراجعه کنید)	

24. از دست دادن شغل یا کاهش ساعات کاری

آیا شما یا افراد 16 تا 60 ساله خانواده خود شغلی را در 60 روز گذشته از دست داده یا ترک کرده اید یا تعداد ساعات کار را کاهش داده اید؟

بله ☐ خیر اگر بله ، موارد زیر را برای هر یک از اعضای خانواده که مربوط به آن است تکمیل کنید. ☐

اگر این مورد در مورد شما صدق می کند ، ابتدا از خودتان شروع کنید. اگر در 30 روز گذشته یک کپی مقاله چک دریافتی دارید ، برنامه را در اختیار آنها قرار دهید. اگر این اطلاعات را ندارید ، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند ، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

نام اعضای خانواده	L - از دست رفته Q - ترک کنید R - کاهش ساعت	تاریخ از دست دادن کار ، ترک یا کاهش ساعت کاری	ل ترک/ترک کار یا کاهش ساعات کار	آیا در این ماه یا ماه گذشته از این شغل درآمد کسب کردید؟	آیا اعضای خانواده برای جبران بیکاری اقدام کرده اند؟

25. حمایت از کودکان

متقاضیان TA برای تکمیل فرم های حمایت از کودکان مورد نیاز هستند. اگر هر دو والدین کودک (زنده) زندگی می کنند ، این فرم ها را تکمیل نکنید

در همان خانه

اگر حضانت و کنترل یک یا چند کودک (فرزند) را دارید و والدین دیگر با شما زندگی نمی کنند و فوت نشده اند ، باید موارد زیر را برای هر یک از والدین بدون حضانت هر کودکی که در TA خود ذکر کرده اید تکمیل کنید. کاربرد:

- "توافقنامه حمایت از کودکان" در بخش 37 (صفحات 27-28)
- "ارجاع/اطالعات خدمات حمایتی کودکان" در بخش 38 (صفحات 29-30)
- در صورت نیاز به ذکر بیش از یک والدین غیر حضوری ، می توانید نسخه های بیشتری از فرم های بال را درخواست کنید. برای درخواست این فرم ها ،

تماس با 855-FSD (اطالعات) 855-373-4636

یا از مرکز منابع FSD محلی خود دیدن کنید. برای یافتن مرکز منابع محلی FSD به بخش 1 (صفحه 4) مراجعه کنید.

26. مسکن یارانه ای

• مسکن یارانه ای شامل پرداخت های محلی ، ایالتی یا دولت فدرال برای تمام یا بخشی از هزینه های مسکن خانوار است.

• نمونه هایی از مسکن HUD عبارتند از:

□ بخش 8 □

مسکن یارانه ای متعلق به خصوصی

□ مسکن عمومی

آیا در مسکن یارانه ای زندگی می کنید؟ □ بله □ خیر اگر بله ، نوع را انتخاب کنید: □ عمومی □ مسکن □ یارانه اجاره

27. الزامات کار TA

اگر می خواهید مزایای TA را بدست آورید و نگه دارید ، شرکت در آموزش کار ضروری است برای واجد

شرایط بودن برای مزایای TA ، هر یک از والدین کودکانی که به کمک نیاز دارند و در خانه شما زندگی می کنند باید اقدامات زیر را انجام دهند:

1. برنامه TA خود را از جمله بخشهای 25 و 26 تکمیل و ارسال یا رها کنید:

• TA را در بخش 26 بخوانید و امضا کنید (صفحات 18-19) ، اگر ترجیح می دهید فیلم TA را تماشا کنید ، به آدرس آنالین بروید

<http://dss.mo.gov/fsd/tempa.htm>.

اگر ویدئوی جهت گیری را به صورت آنالین مشاهده می کنید ، باید صفحه 19 قسمت 26 "جهت گیری TA" را امضا کنید.

• برنامه مسئولیت های شخصی (PRP) را در بخش 27 (صفحه 20) بخوانید و امضا کنید ، لیست فعالیت هایی که موافقت می کنید در آنها شرکت کنید.

• هنگام ارسال یا رها کردن ، هر دو بخش امضا شده (25 و 26) را به عنوان بخشی از برنامه TA خود قرار دهید. 2. برای آموزش

کار ثبت نام کنید یا وارد سیستم شوید - هرچه زودتر ، بهتر. قبل از اینکه بتوانیم برنامه TA شما را پردازش کنیم ، باید:

• ثبت نام آنالین در

www.jobs.mo.gov

• اگر قبلاً ثبت نام کرده اید ، به حساب خود در www.jobs.mo.gov وارد شوید

• صفحه ورود خود را با نام خود چاپ کنید تا مدرکی را که ثبت کرده اید و وارد حساب خود شده اید به ما ارائه دهید. اگر اقدامات ذکر شده

در بالا را انجام ندهید ، برنامه TA شما رد می شود. اگر مخالف هستید ، ممکن است درخواست رسیدگی کنید.

درباره برنامه آموزش کار ، کمک کاری میسوری (MWA):

• ساعات مشارکت الزم را خواهید داشت □ اگر

برای TA تأیید شده اید ، از شما خواسته می شود که در تعداد مشخصی از ساعات در هفته در فعالیتهای کاری و آموزشی شرکت کنید ، که به طور میانگین برای یک ماه خواهد بود. (در صورت نیاز به مهد کودک)

هنگام ملاقات با مدیر پرونده کمک کاری میسوری (MWA) ، این الزامات برای شما توضیح داده می شود.

• برای حفظ مزایای خود شرکت کنید

□ اگر در کارها و فعالیتهای آموزشی شرکت نمی کنید و "دلیل خوبی" برای معافیت ندارید:

اول ، مزایای TA شما 50 کاهش می یابد

سپس ، اگر پس از کاهش مزایای 50 (نصف شدن) شرکت نکنید ، پرونده TA شما می تواند بسته شود.

28. جهت گیری TA

شما باید TA را بخوانید یا مشاهده کنید و صفحه 19 این بخش را امضا کنید. در صورت دسترسی آنلاین به برنامه TA ،

ت برنامه TA ، فیلم جهت گیری را مشاهده کرده اید. اگر با FSD تماس گرفتید و این برنامه TA را از طریق پست دریافت کردید ، ویدیو را

مشاهده نکرده اید. می توانید نسخه مکتوب زیر را بخوانید یا به

http://dss.mo.gov/fsd/tempa.htm بروید

برای مشاهده فیلم جهت گیری اگر سوالات دارید ، با FSD با شماره 1-855-373-4636 تماس بگیرید یا از مرکز منابع FSD دیدن کنید. به اطلاعات تماس ذکر شده در بخش 1 (صفحه 4) مراجعه کنید.

جهت گیری موقت کمک

به گروه خدمات اجتماعی جهت پشتیبانی موقت جهت یابی خوش آمدید. بخش حمایت از خانواده ، که به آن FSD گفته می شود ، برنامه کمک موقت برای خانواده های نیازمند را در میسوری اداره می کند. FSD همچنین می تواند در پوشش

پزشکی SNAP ، Child Care و MO HealthNet به شما کمک کند. همکاری میسوری که به آن MWA نیز گفته می شود ، شریک FSD است. MWA خدمات اشتغال و آموزش را برای دریافت کنندگان کمک موقت ارائه می دهد.

MWA دارای خدمات اشتغال و آموزش موقعیت مکانی برای دریافت کنندگان کمک موقت است. MWA مکان

هایی در سراسر ایالت دارد. برای دریافت لیستی از مکان ها و ساعات MWA به آدرس

https://dss.mo.gov/mwa بروید یا با شماره تلفن 855-373-4636 تماس بگیرید.

هدف کمک موقت

کمک موقت به خانواده های کم درآمد با فرزندان پرداخت ماهیانه نقدی می دهد. فقط والدین ، بستگان یا سرپرستان قانونی که از کودکان مراقبت می

کنند واجد شرایط کمک موقت هستند. این جهت گیری نحوه عملکرد برنامه کمک موقت را

توضیح می دهد. شایستگی شما توسط FSD تعیین می شود. شرایط واجد شرایط بودن قابل تغییر است.

محدودیت های مادام العمر کمک موقت

می توانید از مزایای کمک موقت به مدت 45 ماه در طول عمر خود استفاده کنید. موارد زیر مواردی است که ممکن است مزایای آن 45 ماه دیگر تمدید شود:

- دریافت درمان یا خدمات برای خشونت خانگی یا سوء مصرف مواد

- تشخیص داده شده و تحت درمان برای نیازهای بهداشت روانی قرار می گیرد

- همکاری با برنامه درمان باز بخش کودکان و برنامه MWA

- بحران موقت خانوادگی ، مانند آتش سوزی در خانه ، قربانی جنایت ، اخراج شرکت یا جراحت جدی

دلیل زیر مزایا را برای 45 ماه دیگر تمدید نمی کند:

- نمی توانید شغلی پیدا کنید یا نمی خواهید کار کنید

- مزایای بیکاری شما تمام شد

- شما ماشین ندارید

کار و آموزش

اگر برای کمک موقت تأیید شده اید ، برنامه کمک کاری میسوری با کمک به شما در تعیین اهداف و کسب مهارت های مورد نیاز برای یافتن شغل و حمایت از خانواده ، به شما در انتقال از کمک موقت به شغل کمک می کند.

مدیر مورد MWA شما شرایط اشتغال و آموزش فدرال را توضیح می دهد و مدت زمانی را که در فعالیت ها صرف کرده اید به FSD گزارش می دهد.

شما ممکن است از مشاغل یا فعالیتهای آموزشی معاف باشید اگر:

- والدین مجرد یک کودک زیر 12 هفته

- معلول دائمی یا در حال مراقبت از یک فرد معلول هستید که در خانه شما زندگی می کند

- سن شما 60 سال یا بیشتر است

- در شرایط اضطراری ، از جمله خشونت خانگی حتی اگر

معاف هستید ، فعالیتهای آموزشی و کاری از طریق MWA مورد نیاز نیست ، اما در صورت تمایل می توانید شرکت کنید.

برنامه اشتغال فردی

اگر برای کمک موقت تأیید شده اید و معاف نیستید ، نامه ای با تاریخ ملاقات ، زمان و مکان ملاقات با مدیر پرونده MWA برای تهیه یک برنامه اشتغال فردی دریافت خواهید کرد.

برنامه اشتغال فردی:

- به شما کمک می کند مواردی را که مانع کار یا رفتن به مدارس می شود ، مانند دسترسی به مراقبت یا حمل و نقل کودکان ، فهرست کنید. سپس ، مدیر پرونده به شما کمک می کند تا برنامه ای را برای حل این موارد کار کنید.

- فعالیتهایی را که در آنها شرکت خواهید کرد ، مانند کار و آموزش ، لیست می کند.

- وقتی این طرح را امضا می کنید ، موافقت می کنید که در ساعات مورد نیاز در فعالیت ها شرکت کنید.

- در صورت نیاز به تغییر در این توافقنامه ، باید فوراً با مدیر پرونده MWA خود تماس بگیرید.

عدم مشارکت در فعالیتهای کاری و آموزشی

پس از توافق شما و مدیر پرونده در مورد برنامه اشتغال فردی شما ، باید مشارکت در فعالیتهای کاری و آموزشی را شروع کنید یا مزایای شما به نصف کاهش یافته و سپس پرونده شما بسته شود.

اگر با مدیر پرونده MWA خود به جلسات نیایید ، مزایای شما نیز تحت تأثیر قرار می گیرد.

مدیر پرونده MWA شما این فرآیند را عمیق تر توضیح می دهد. شما باید تمام قرارهای مالقات خود را با مدیر پرونده MWA نگه دارید ، یا قبل یا در همان هفته پس از قرار مالقات خود تماس بگیرید تا دوباره برنامه ریزی شود.

خدمات پشتیبانی

MWA برای کمک به شرکت در فعالیتهای کاری و آموزشی ، انواع خدمات پشتیبانی از جمله:

• کمک به حمل و نقل به محل کار یا مدرسه ، و

• با برخی از هزینه های مربوط به کار ، مانند لباس فرم یا تعمیرات اضطراری خودرو کمک کنید اگر برای رفتن به سر

کار و فعالیت های آموزشی به مراقبت از کودکان احتیاج دارید ، باید از همین حال یک برنامه مراقبت از کودک را تکمیل کنید تا از هزینه آن کمک بگیرید. می توانید این برنامه را در آدرس زیر بیابید:

منابع FSD محلی خود را پیدا کنید. همچنین می توانید با شماره 855-373-4636 تماس بگیرید. <http://dss.mo.gov/cd/childcare/pdf/ccapplication.pdf> یا به https://dss.mo.gov/dss_map بروید تا مرکز

غریبالگری دارو

قانون میسوری از FSD می خواهد که از متقاضیان کمک موقت سوالت التی در مورد مصرف غیرقانونی مواد بپرسد. اگر برای موقت تأیید شده اید

کمک می کنید و از پاسخ به این سوالت یا مراجعه به درمان سوء مصرف مواد امتناع کرده اید ، شما برای 3 سال به عنوان کمک موقت خود مجاز نیستید.

اگر در هر زمان هنگام دریافت کمک موقت ، به دلیل ارتکاب جرم مرتبط با مواد مخدر دستگیر ، متهم یا محکوم شدید ، به طور خودکار ملزم به انجام آزمایش مواد مخدر خواهید شد. در صورت مثبت بودن تست داروهای غیرقانونی ، برای 3 سال به خودی خود کمک نکنید.

در طول این سه سال ، پول کودکان به شخص دیگری به نام گیرنده حمایت کننده پرداخت می شود که باید از این پول برای نیازهای کودکان استفاده کند. اگر شما برای کمک موقت تأیید شده اید و داروهای غیرقانونی مصرف می کنید و کمک می خواهید ، FSD یک مرکز سوء مصرف مواد برای شما پیدا می کند تا تحت درمان قرار بگیرید.

حمایت از کودک

اگر شما برای کمک موقت تأیید شده اید و فرزندان شما والدینی دارند که خارج از خانه شما زندگی می کنند ، FSD به طور خودکار برای تأمین یا جمع آوری حمایت کودک برای شما کار می کند. اگر به FSD در ایجاد یا جمع آوری حمایت از کودکان کمک نکنید ، کمک موقت شما 25 درصد کاهش می یابد.

اگر می ترسید این اقدام باعث آسیب جسمی یا جسمی به شما یا کودکان شود ، لطفا این بخش را در بخش 36 (صفحه 28) درخواست خود نشان دهید و ممکن است مجبور نباشید برای جمع آوری حمایت از کودکان اطلاعاتی را برای FSD ارائه دهید. روشهای پرداخت کمکهای موقت پول کمکهای موقت از طریق انتقال مزایای الکترونیکی یا کارت EBT یا از طریق واریز مستقیم به حساب بانکی شما پرداخت می شود. اگر از کارت EBT خود به هر نحوی که به نفع کودکان نیست استفاده می کنید ، مانند استفاده از کارت خود در یک مشروب فروشی ، کازینو یا تجارت تفریحی بزرگسالان ، باید پول را به FSD بازگردانید.

نتیجه گیری جهت گیری

هنگام درخواست یا دریافت کمک موقت:

• شما باید حقیقت را بگویید ، مدرک ارائه دهید و همکاری کنید

• حقوقی دارید که در برنامه مشخص شده است

با این کار جهت گیری برنامه کمک موقت به پایان می رسد. اگر سوالی دارید:

• با FSD با شماره 1-855-373-4636 تماس بگیرید یا از مرکز منابع بخش پشتیبانی خانواده دیدن کنید که در وب سایت ذکر شده در بخش 1 (صفحه 4) برنامه کمک موقت یافت می شود.

اگر می خواهید برای کمک موقت درخواست دهید ، برنامه کمک موقت را پر کنید و آن را به FSD ارسال کنید یا در دفتر FSD محلی خود متوقف شوید.

والدین اول (متقاضی)		والدین دوم (فقط در خانه)	
☐ بله ☐ خیر من موافقم که جهت گیری TA را مشاهده ، خوانده یا گوش داده ام.		افقم که جهت گیری TA را مشاهده ، خوانده ، یا گوش داده ام. ☐ بله ☐ خیر	
ضای زیر ، من تحت مجازات شهادت دروغ می گویم که من جهت گیری TA را مشاهده ، خوانده یا گوش داده ام. من درک می کنم که امضای من در زیر یک برنامه کاربردی برای TA نیست ، بلکه یک بیانیه است که من جهت گیری را تکمیل کرده ام.			
اولین امضای والدین		تاریخ	
امضای والدین دوم		تاریخ	

29. برنامه مسئولیت پذیری شخصی (فرم به MWA ارسال می شود)

نام ، استان و ناحیه مدرسه و اطلاعات آدرس مربوط به شما را تکمیل کنید .

والدین اول (متقاضی) نام حقوقی کامل - اول وسط ، نام خانوادگی (نام خانوادگی فعلی و

دوشیزه)

کشور

آدرس فیزیکی - وارد خانه یا شماره آپارتمان ، خیابان خیابان یا شهرستان ، شهر ، ایالت و کد پستی

.....

محدوده مدرسه

فقط متقاضیان بی سرپرست: وارد آدرس تحویل عمومی - نام دفتر پست ، شهر ، شهر و کد پستی را وارد

کنید

آدرس پستی - در صورت تفاوت از آدرس فیزیکی - ورود به خانه یا شماره آپارتمان ، خیابان خیابان یا شهرستان ، شهر ،

ایالت و کد پستی

شماره تلفن اصلی) بررسی یک(آدرس ایمیل: ☐ تلفن همراه ☐ خانه ☐ کار ☐ سایر موارد

روش تماس ترجیحی) یک نفر را چک کنید(☐ تماس ☐ *متن ☐ *ایمیل ☐ پست الکترونیکی *پیام رسانی / ایمیل در همه مکانها در دسترس نیست.

اکثر افرادی که برای TA تأیید شده اند باید از طریق کمک کاری میسوری (MWA) در فعالیتهای کاری و آموزشی شرکت کنند. اگر یکی از معافیت های زیر را داشته باشید ، شما یا والدین دوم مجبور نیستید این شرط را برآورده کنید. هر یک از معافیت های زیر را که برای شما و/یا والدین دوم اعمال می شود عالمت گذاری کنید. اگر هیچ یک از والدین معافیت ندارند ، "فعالیت های استخدای و آموزشی که من موافق مشارکت در آنها هستم" را تکمیل کنید.

معافیت از فعالیتهای آموزشی و آموزشی

معافیت والدین اول (مقتاضی)	معافیت والدین دوم (فقط در صورت زندگی با شما)
☐ من در وضعیت خشونت خانگی هستم که بر توانایی من برای شرکت در فعالیتهای کاری تأثیر می گذارد من بالی ☐ شصت (60) سال سن دارم ☐ من معلول دائم هستم من در ☐ خانه برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده معلول نیاز دارم ☐ من از کودک زیر 12 هفته مراقبت می کنم	☐ من در وضعیت خشونت خانگی هستم که بر توانایی من برای شرکت در فعالیتهای کاری تأثیر می گذارد من بالی ☐ شصت (60) سال سن دارم ☐ من معلول دائم هستم من در ☐ خانه برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده معلول نیاز دارم ☐ من از کودک زیر 12 هفته مراقبت می کنم
☐ من می خواهم برای شرکت در برنامه MWA داوطلب شوم	☐ من می خواهم برای شرکت در برنامه MWA داوطلب شوم

اگر برای TA تأیید شده اید و معافیتی ندارید ، با یک مدیر پرونده MWA مآقات خواهید کرد که در مورد فعالیتهایی که در زیر بررسی می کنید با شما صحبت می کند. در طول این جلسات ، شما و مدیر پرونده خود ممکن است در مورد فعالیت های دیگری که متفاوت از این انتخاب ها هستند توافق کنید. اگر در مورد این فعالیت ها س questions دارید ، با دفتر

MWA محلی خود تماس بگیرید. برای به دست آوردن لیستی از مکان های MWA به بخش 1 (صفحه 4) مراجعه کنید.

فعالیت‌های کاری و آموزشی که من موافق مشارکت در آن هستم (یکی یا چند مورد را انتخاب کنید)

فعالیت‌های والدین اول (متقاضی)	فعالیت‌های والدین دوم (فقط در صورت زندگی با شما)
☐ پشتیبانی جستجوی کار پشتیبانی ☐ آمادگی شغلی ☐ برنامه خدمات اجتماعی: این برنامه بدون حقوق است و به شما کمک می‌کند مهارت‌هایی ☐ مانند رسیدن به موقع کار را به دست آورید. ارائه مراقبت ☐ مراقبت از کودک به شرکت‌کننده در برنامه خدمات رضایت ☐ بخش در دبیرستان یا معادل آن ☐ برنامه آموزش مهارت‌های شغلی: این برنامه مهارت‌های مرتبط با ☐ شغل را ارائه می‌دهد. ☐ کالج یا مدرسه آموزشی ☐ آموزش حین کار: این برنامه بخشی از دستمزد شما را برای آموزش پرداخت می‌کند. انتظار می‌رود که وظایف شغلی را در دوره آموزشی ☐ بیاموزید. ☐ اشتغال	☐ پشتیبانی جستجوی کار پشتیبانی ☐ آمادگی شغلی ☐ برنامه خدمات اجتماعی: این برنامه بدون حقوق است و به شما کمک می‌کند مهارت‌هایی ☐ مانند رسیدن به موقع کار را به دست آورید. ارائه ☐ مراقبت از کودک به شرکت‌کننده در برنامه خدمات اجتماعی حضور رضایت ☐ بخش در دبیرستان یا معادل آن ☐ برنامه آموزش مهارت‌های شغلی: این برنامه مهارت‌های مرتبط با ☐ شغل را ارائه می‌دهد. ☐ کالج یا مدرسه آموزشی ☐ آموزش حین کار: این برنامه بخشی از دستمزد شما را برای آموزش پرداخت می‌کند. انتظار می‌رود که وظایف شغلی را در دوره آموزشی ☐ بیاموزید. ☐ اشتغال

من درک می‌کنم که اگر معافیت یا فعالیت استخدامی و آموزشی برای والدین اول (متقاضی) و والدین دوم (فقط در خانه) انتخاب نکرده باشم، ممکن است واجد شرایط کمک موقت نباشم. من درک می‌کنم مواقعی وجود دارد که فعالیت یا در دسترس نیست یا باید ابتدا در فعالیت‌های دیگر شرکت کنم.

من متوجه می‌شوم اگر در زیر امضا نکنم، ممکن است واجد شرایط TA نباشم. با امضای زیر، من موافقت می‌کنم که معتقدم یا معافیت دارم یا با شرکت در فعالیت‌های کاری و آموزشی موافقت می‌کنم. من درک می‌کنم که امضای من در زیر یک برنامه کاربردی برای TA نیست، بلکه یک توافق برای شرکت در فعالیت‌های کاری و آموزشی به عنوان بخشی از دریافت مزایای TA است.

امضای والدین اول (متقاضی)	تاریخ
والدین دوم (فقط در صورت زندگی با شما) امضا	تاریخ

30. مالکیت مالکیت

1. آیا شما یا هر کسی در خانواده شما دارای ماشین ، کامیون ، موتور سیکلت یا وسیله تفریحی هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده موارد زیر را کامل کنید. اگر برای شما صدق می کند ، ابتدا از خونتان شروع کنید.

نام اعضای خانواده	سال/ مارک/ مدل چیست؟	ماشین رو کی گرفتی؟	قیمت خودرو چقدر است؟	چقدر به آن بدهکار هستید؟	آیا مالک آن با شخص دیگری هستید؟	آیا می توانید از آن استفاده کنید؟
			\$	\$	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
			\$	\$	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
			\$	\$	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر

2. آیا شما یا هر کسی در خانواده شما دارای امالک واقعی هستید؟ آیا این شامل یک خانه تلفن همراه می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده موارد زیر را کامل کنید. اگر برای شما صدق می کند ، ابتدا از خونتان شروع کنید.

لیست انواع امالک: ساختمان و زمین

خانه و تا 40 هکتار زمین

بسیاری (ها)

خانه کشاورزی و بیش از 40 هکتار زمین

عضو دارنده امالک	نوع امالک (به لیست بال مراجعه کنید؟)	چه زمانی این اموال را به دست آوردید؟	ارزش ملک چقدر است؟	چقدر به آن بدهکار هستید؟	آیا مالک آن با شخص دیگری هستید؟	آیا می توانید از آن استفاده کنید؟
			\$	\$	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
شرح یا آدرس امالک:						

☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	\$	\$			
شرح یا آدرس امالک:						

3. آیا شما یا هر شخصی در خانه خود تجهیزات تجاری ، ماشین آالت ، ماشین آالت مزرعه ، ابزار ، غالت مزرعه یا محصولات ذخیره سازی دارید ،

خانه اتومبیل ، مسافر خانه ، تریلر ، قایق ، موتور ، هواپیما یا محل دفن ☐ بله ☐ خیر

اگر بله ، برای هر یک از اعضای خانواده موارد زیر را کامل کنید. اگر برای شما صدق می کند ، ابتدا از خوندان شروع کنید.

لیست انواع امالک شخصی:

هواپیما

تجهیزات یا ابزار های تجاری

قایق یا موتور

طرح دفن

تریلر

ماشین آالت مزرعه دانه

یا محصول یا چوب

وسایل خانگی مورد استفاده قرار نمی گیرد جواهرات -

حلقه ازدواج نیست

دامداری

خانه موتوری

تریلر (مفید ، قایق ، و غیره)

نام اعضای خانواده	نوع دارایی (شخصی) به لیست بال مراجعه کنید؟	چه زمانی این اموال را به دست آوردید؟	ارزش ملک چقدر است؟	چقدر به آن بدهکار هستید؟	آیا مالک آن با شخص دیگری هستید؟	آیا می توانید از آن استفاده کنید؟
			\$	\$	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر

☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	\$	\$			
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	\$	\$			
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	\$	\$			

31. سیاست بیمه عمر

آیا شما یا هر فردی در خانواده خود بیمه نامه عمر دارید یا پرداخت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، برای هر یک از اعضای خانواده کامل کنید، این امر در مورد آن صدق می کند. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند، ابتدا از خودتان شروع کنید. اگر کپی بیانیه یا نامه شرکت بیمه عمر با دارنده بیمه نامه، نام شرکت بیمه، شماره بیمه نامه، ارزش اسمی برنامه و ارزش تسلیم منافع برنامه مورخ 30 روز گذشته را دارید، آن را ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

عضو خانواده دارای بیمه نامه عمر	نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	تاریخ صدور بیمه نامه	ارزش اسمی	ارزش تسلیم پول نقد
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

32. پرداخت های مراقبت از کودک

آیا شما یا کسی در خانواده شما هزینه مراقبت از فرزندان اعضای خانواده را پرداخت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، برای هر یک از اعضای خانواده موارد زیر را کامل کنید. اگر این مورد در مورد شما صدق می کند، ابتدا از خودتان شروع کنید. اگر نامه ای از ارائه دهنده مراقبت از کودک با هزینه ماه گذشته دارید، آن را ارائه دهید. اگر این اطلاعات را ندارید، از شما خواسته می شود بعداً آن را ارائه دهید. FSD می تواند به شما در دریافت این اطلاعات کمک کند، اما اطمینان از دریافت اطلاعات بر عهده شما است.

پرداخت اعضای خانواده	اسم بچه	مهد کودک یا دستمزد	مبلغ پرداخت شده	چقدر پرداخت می شود	مایل های ماهانه از محل نگهداری و مراقبت از کودک
----------------------	---------	--------------------	-----------------	--------------------	---

	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه	\$			
	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه	\$			
	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه	\$			
	☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه ☐ ه	\$			

33. توزیع کمکهای موقت

• تغییر کمک موقت ، یکبار پرداختی معادل آنچه شما می توانید در دو یا سه ماه دریافت کنید ، ارائه می دهد. در صورت برآوردن نیاز

فوری که مانع از کار شما می شود ، می توانید از خانواده خود حمایت کنید. مانند پول برای تعمیر ماشین شما.

برای دریافت پرداخت جایگزین TA به جای TA ، باید واجد شرایط TA باشید و شرایط خاصی را رعایت کنید.

• در صورت دریافت پرداخت TA ، بسته به میزان پرداختی برای پرداخت ، ممکن است دو یا سه ماه یک TA دریافت نکنید. شما فقط می توانید هر 12 ماه یکبار مبلغ تغییر TA دریافت کنید و فقط 5 بار در طول عمر خود.

آیا می خواهید در برنامه انحراف TA شرکت کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت پاسخ مثبت ، مقدار مورد نیاز خود را به ما بگویید: \$

دلیل پرداخت TA (یک یا چند عاملت بزنید)

☐ از دست دادن شغل غیر ارادی ، نه به دلیل عملکرد یک بیماری یا

☐ تصادف شدید که باعث می شود شما نتوانید موقت یا دائم کار کنید

☐ شما شاغل هستید و نمی توانید به دلیل شرایط اضطراری مانند:

☐ کاهش ناخواسته دستمزد از

☐ دست دادن موقت دسترسی به مراقبت از کودکان

☐ کالت مالی موقت به دلیل مرگ یا بیماری یکی از اعضای خانواده از دست دادن

☐ موقت دسترسی به وسایل نقلیه به محل کار یا مدرسه

❑ محرومیت موقت از سرپناه ، برق ، آب ، گرمایش و/یا سرمایش یا غذا به دلیل شرایطی که خارج از کنترل شماست

❑ شما قربانی حادثه خشونت خانگی یا قاچاق انسان شده اید

❑ رویداد دیگر ، توضیح دهید:

34. گزارش تغییرات در 10 روز

• شما باید هرگونه تغییر در اطلاعات این برنامه TA را ظرف 10 روز گزارش دهید.

• مثالها شامل: افزایش یا کاهش درآمد اعضای خانواده ، تغییرات شغلی ، تغییرات اعضای خانواده و غیره هستند.

• وظیفه شماست که این تغییرات را گزارش دهید و نمی توانید منتظر بمانید تا با شما تماس گرفته شود. برای گزارش

تغییرات: □ با

استفاده از دستورالعمل های ذکر شده در بخش 1 (صفحه 4) ، OR ، به مرکز منابع بخش پشتیبانی خانواده مراجعه کنید

□ تغییرات را به صورت آنلاین در <http://dss.mo.gov/> گزارش دهید و روی "چگونه تغییرات را گزارش کنم و مزایا را بررسی کنم" کلیک کنید ، یا با شماره 1-855-373-4636 تماس بگیرید.

35. مسئولیت ها و حقوق شما

شما باید اطلاعات واقعی بدهید و از قانون پیروی کنید

• مقامات فدرال ، ایالتی و محلی حق دارند صحت هرگونه اطلاعاتی را که در درخواست خود می دهید بررسی کنند.

• اگر آگاهانه اطلاعات غلط به FSD بدهید ، ممکن است از مزایا محروم شوید و/یا متهم به ارتکاب جرم شوید.

مزایای جانبازان

• اگر جانباز هستید و بدون دلیل موجه از درخواست مزایای جانباز خودداری می کنید ، ممکن است واجد شرایط TA نباشید.

• برای یافتن نزدیکترین دفتر مورد درخواست ، به آدرس benefits.va.gov بروید.

بند حمایت از کودکان

• اگر شما سرپرست مجردی با کودک زیر 6 سال هستید و نمی توانید مراقبت از کودک را پیدا کنید ، نمی توانید هنگام پیدا کردن مراقبت از کودک تحریم شوید. مدیر مورد MWA شما در این مورد بیشتر با شما صحبت می کند.

• برای یافتن این مراقبت از کودک باید روی برنامه ای کار کنید.

36. اطلاعات مهم در مورد حقوق شنوایی شما حقوق

شنوایی

در صورت درخواست یا دریافت کمک های موقت (TA) ، MO HealthNet یا SNAP مزایا ، شما حق شنیدن را دارید و موارد زیر اتفاق می افتد:

• بخش پشتیبانی خانواده (FSD) تصمیم می گیرد که شما واجد شرایط نیستید و فکر می کنید که دارید.

• FSD مزایای TA ، MO HealthNet یا SNAP را در اختیار شما قرار می دهد و سپس مزایا را کاهش داده یا متوقف می کند و فکر می کنید این کار به اشتباه انجام شده است.

• شما با اطلاعات مورد استفاده برای تعیین میزان سود موافق نیستید یا با میزان سود موافق نیستید.

• FSD از گرفتن درخواست شما خودداری می کند.

• FSD برنامه شما را ظرف 30 روز تقویم پردازش نمی کند و شما یکی از موارد زیر را دارید:

the اطلاعات موجود در "درخواست اطلاعات" یا

• شما اجازه FSD را برای درخواست این اطلاعات داده اید.

بازه زمانی شنوایی

• اگر درخواست شما رد یا رد شده یا اقدام برنامه ریزی شده قبلاً انجام شده است ، می توانید ظرف 90 روز تقویمی پس از امتناع یا اقدام درخواست رسیدگی کنید.

• اگر اقدام پیشنهادی مزایای شما را تغییر داده یا متوقف کند و شما ظرف 10 روز از تاریخ اخطار درخواست رسیدگی کنید ، ممکن است تا زمان تصمیم گیری جلسه رسیدگی به دریافت مزایای مشابه ادامه دهید. در صورت از دست دادن شنوایی ، باید مزایایی را که برای آن واجد شرایط نبودید به دولت بازپرداخت کنید.

درخواست استماع

شما یا نماینده شما می توانید از طریق تلفن ، حضوری یا کتبی درخواست رسیدگی کنید. از شما سال می شود که چرا با اقدام یا اقدام پیشنهادی در مورد پرونده خود موافق نیستید. این دلیل استماع است.

• برای درخواست استماع تلفنی ، با FSD به شماره 855-373-4636 تماس بگیرید. یکی از اعضای تیم FSD فرم درخواست شنوایی را برای شما تکمیل می کند.

• در صورت درخواست حضوری برای شنیدن ، یکی از اعضای تیم FSD فرم را برای شما تکمیل می کند. شما می توانید یک فرم را درخواست کرده و آن را مجدداً ارسال کنید.

• در صورت درخواست کتبی جلسه دادرسی ، FSD فرم را برای شما تکمیل می کند و درخواست کتبی شما را در بر می گیرد.

تاریخ ، زمان و مکان شنوایی خود را به صورت کتبی به شما اطلاع می دهند. قرار است برای یک جلسه تلفنی در دفتر FSD محلی خود برنامه ریزی کنید. اگر دلیلی وجود دارد که نمی توانید در یک جلسه تلفنی شرکت کنید یا در تاریخ مقرر در دسترس نیستید ، به شما دستور داده می شود که با واحد جلسات اداری در FSD تماس بگیرید.

آماده شدن برای شنیدن

یک کنفرانس قبل از جلسه با سرپرست FSD برنامه ریزی می شود. این جایگزین شنوایی نمی شود. FSD کپی پرونده پرونده شما و هرگونه اطلاعاتی را که برای رسیدن به عملیات استفاده می کردند به شما می دهد. اگر به اطلاعات بیشتری از FSD نیاز دارید ، از یکی از اعضای تیم FSD بپرسید. عضو تیم FSD تا آنجا که ممکن است اطلاعات زیادی را در

اختیار شما قرار می دهد.

ممکن است از شما خواسته شود اطلاعاتی را ارائه دهید که از درخواست شنوایی شما پشتیبانی می کند. شما می توانید این اطلاعات را ارائه ندهید اما ارائه این اطلاعات ممکن است به شما در برنده شدن جلسه کمک کند. این اطلاعات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

• مدارک پزشکی یا بیابانه کتبی از پزشک.

• اثبات درآمد یا هزینه یا تغییرات در درآمد یا هزینه.

• شهادتی که می تواند اظهارات شما را تأیید کند.

دلیل شنوایی خود را قبل از جلسه بنویسید و لیست را با خود بیاورید. این امر باعث می شود نگرانی ها و سوالات شما تحت پوشش قرار گیرد.

اگر وکیل ندارید یا نمی توانید وکالت بدهید ، ممکن است واجد شرایط خدمات حقوقی رایگان باشید. شماره تلفن برای درخواست خدمات حقوقی رایگان در اطلاعیه های FSD موجود است. اگر شماره ندارید ، با شماره تلفن رایگان

855-373-4636 تماس بگیرید.

شنوایی

شنوایی با FSD برای شما هیچ هزینه ای ندارد. جلسه در دفتر FSD محلی با افسر شنوایی با بلندگوی بلندگو برگزار می شود.

• شما باید در مرکز منابع FSD همانطور که در "اطلاعیه جلسه اداری" مشخص شده است حضور داشته باشید یا ترتیبات دیگری را انجام دهید

با افسر شنوایی (یعنی خانه نشین هستید و نمی توانید وارد دفتر شوید).

• یک افسر شنوایی ریاست جلسه را بر عهده خواهد داشت و همه را در این فرایند هدایت می کند. مأمور جلسات به همه شاهدان سوگند یاد می کند.

• FSD دلایل اقدامات و اسناد خود را برای حمایت از اقدامات ارائه می دهد.

• شما و/یا نماینده شما دالیلی را که موافق نیستید ، از جمله هرگونه حقایق و اسنادی که باید ارائه دهید ، ارائه می دهید.

• مسئول جلسات به شما فرصت می دهد تا از همه شهود سوالات کنید و از شاهدان می پرسد تا اطمینان حاصل شود که همه شواهد ارائه شده و مورد بحث قرار گرفته است.

تصمیم استماع

• نتایج جلسه به صورت کتبی توسط FSD به شما اطلاع داده می شود.

• تصمیم گیری بر اساس شواهد و شهادت ارائه شده در جلسه دادرسی است.

• هنگامی که تصمیم شنوایی منجر به تغییر مزایای شما شود یا اگر FSD تصمیم خود را قبل از جلسه تغییر دهد ، FSD پرونده شما را تنظیم می کند.

• هرگونه تغییر در مورد TA خود را به صورت کتبی دریافت خواهید کرد.

• اگر شما یا نماینده شما با تصمیم جلسه رسیدگی موافق نیستید ، 90 روز فرصت دارید تا فرم ها را درخواست کرده و از تصمیم در دادگاه بنویسید. دستورالعمل درخواست فرم ها با تصمیم گیری شنوایی شما همراه خواهد بود.

شنیدن سوالات و پاسخ ها

آیا می توانم نظر خود را پس از درخواست رسیدگی تغییر دهم؟

• بله ، می توانید نظر خود را تغییر دهید. اگر مایل به شنیدن نیستید ، به FSD اطلاع دهید. از شما خواسته می شود که یک فرم را برای برداشتن درخواست خود تکمیل کنید.

آیا FSD می تواند از جلسه رسیدگی خارج شود؟

• بله، FSD می تواند در صورت تشخیص نادرست تصمیم خود را از جلسه خارج کند. به شما اخطار کتبی مبنی بر اقدام آنها برای انصراف از جلسه رسیدگی دریافت می شود.

اگر نتوانم در جلسه تعیین شده شرکت کنم؟

• با واحد شنوهای اداری در FSD تماس بگیرید. ممکن است در مواردی جلسه رسیدگی مجدداً تنظیم شود. در صورت عدم حضور، تصمیم ممکن است به نفع FSD باشد.

آیا می توانم به همان میزان از مزایا تا زمان تصمیم گیری در جلسه رسیدگی ادامه دهم؟

• بله، در مواردی می توانید به همان میزان از مزایا تا زمان تصمیم گیری جلسه رسیدگی دریافت کنید. شما باید این موضوع را با یکی از اعضای تیم FSD در میان بگذارید. اگر FSD تأیید شود، هر گونه مزایایی که واجد شرایط آن نیستید باید به FSD بازگردانده شود.

آیا به وکیل نیاز دارم؟

• خیر، اما در صورت تمایل ممکن است نماینده قانونی داشته باشید. همچنین ممکن است نماینده خود باشید یا دوست یا خوشاوندی نماینده شما باشد.

آیا می توانم مجدداً در انتظار جلسه رسیدگی کنم؟

• بله، می توانید در هر زمان مجدداً درخواست دهید و گزارش تغییرات پرونده خود را ادامه دهید.

حقوق حقوق مدنی

مطابق با قوانین حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، شعبه ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسسه های USDA شرکت می کنند یا اجرا می کنند، از تبعیض و تعصب بر اساس نژاد، رنگ، اصلیت ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی یا تلافی برای فعالیت های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تامین مالی شده است، منع می شوند. برنامه هایی که از وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) کمک مالی فدرال دریافت می کنند، مانند کمک موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)، و برنامه هایی که HHS مستقیماً اجرا می کند، نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض و تعصب منع می شوند. افراد دارای معلولیت که به وسیله های ارتباطی جایگزینی برای اطلاعات برنامه نیاز دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با شعبه های (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست مزایا کرده اند، تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می توانند از طریق خدمات فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد.

HHS کمک های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه ها برای ارتقای سلامت و خوب بودن فراهم می کند، از جمله Head Start، TANF، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر معتقدید که به دلیل نژاد، رنگ، اصلیت ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی) یا مذهب در برنامه ها یا فعالیت هایی که HHS مستقیماً انجام می دهد یا HHS برای شما ارائه می دهد، مورد تبعیض و تعصب قرار گرفته اید، می توانید برای خود یا برای شخص دیگری با اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت از تبعیض و تعصب برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr> تکمیل کنید. همچنین می توانید از طریق پست با OCR تماس بگیرید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، خیابان استقلال 200، S.W.، اتاق F HHH Bldg509، واشنگتن، دی سی 20201؛ یا هم با این شماره فکس: 619-3818 (202)؛ یا ایمیل: OCRmail@hhs.gov در تماس شوید. برای اجرای زودتر، ما شما را تشویق می کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از پورتال آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی به کمک نیاز دارند، می توانند OCR را به آدرس OCRAMail@hhs.gov ایمیل کنند یا با شماره تلفن

رایگان OCR با شماره تلفن 1-800-368-1019، TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرید. برای افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا مشکلات گفتاری دارند، لطفاً برای دسترسی به خدمات رله مخابراتی 1-1-7 را شماره گیری کنید. ما همچنین قالب های جایگزین (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک های کمکی و خدمات کمک زبان را به صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می دهیم. این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.

37. موافقت نامه و امضای شما

شما باید حروف اول خود را پس از هر یک از این عبارات بنویسید و سپس برنامه را امضا کنید و موافقت کنید که همه موارد ذکر شده درست است:

• من درک می کنم که به دست آوردن یا تلاش برای به دست آوردن مزایایی که من مستحق آن نیستم خلاف قانون است. هرگونه ادعای دروغین، اظهارنظر یا پنهان کردن هرگونه واقعیت مادی به طور کلی یا جزئی، ممکن است مرا تحت پیگرد کیفری و/یا مدنی قرار دهد.

• من به مدیر FSD یا منصوبش اجازه می دهم که این شرایط و اظهارات را از طریق هر وسیله مجاز از طریق قانون، از جمله دسترسی به پایگاه های داده عمومی و خصوصی بررسی و تأیید کند.

• من درک می کنم اگر با تصمیم مربوط به صلاحیت ما مخالف باشم، می توانم با تماس با دفتر FSD محلی درخواست رسیدگی عادلانه کنم. این درخواست باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخ تصمیم گیری درباره صلاحیت دریافت شود.

• من درک می کنم که درخواست و پذیرش TA به منزله واگذاری حقوق به اداره خدمات اجتماعی برای حمایت از کودکان است.

• من درک می کنم که باید هرگونه تغییر در شرایط را ظرف 10 روز تقویمی از زمان وقوع آنها گزارش دهم.

• من درک می کنم که باید شماره های تأمین اجتماعی (SSN) را ارائه کنم یا برای همه افرادی که برای TA متقاضی هستند درخواست SSN کنم. از SSN برای تعیین صلاحیت و تأیید اطلاعات استفاده می شود (بخش 1137 قانون تأمین اجتماعی).

• من درک می‌کنم که من مستحق برخورد عادلانه و مساوی بدون در نظر گرفتن نژاد ، رنگ ، مذهب ، خاستگاه ملی ، جنس ، نسب ، سن ، گرایش جنسی ، وضعیت جانبازی یا معلولیت هستم.

• من درک می‌کنم که امضای من در زیر و/یا روی برنامه به FSD و هر شخص ثالثی که قرارداد دارد اجازه می‌دهد تا تأیید کنند که من یا هر یک از اعضای خانواده ام شرایط الزم برای کمک را دارند و اجازه انتشار چنین اطلاعاتی به FSD را می‌دهد. مجوز من برای انتشار اطلاعات به FSD تا زمانی که من یا هر کسی در خانواده ام هر نوع کمک FSD دریافت می‌کنم ، معتبر است.

• من می‌دانم که امضای من در زیر و/یا بر روی برنامه به FSD و هر شخص ثالث طرف قرارداد اجازه می‌دهد تا درآمد ، هویت و دارایی های من و درآمد ، هویت و دارایی های هر شخص دیگری را که درآمد ، هویت و دارایی آنها تأیید می‌شود ، تأیید کنند. الزم است برای تعیین صلاحیت کمک هایی که درخواست می‌کنم.

• با امضای این برنامه به صورت کاغذی یا الکترونیکی ، من به FSD اجازه می‌دهم که تماس های تلفنی را در مورد پرونده من از یک سیستم شماره گیری خودکار به شماره تلفن اصلی شما در صفحه 5 به من ارسال کند یا انجام دهد. باید به عنوان بخشی از درخواست من با این امر موافقت کنم. اگر می‌خواهم از دریافت این تماس ها منصرف شوم ، اینجا را بررسی کنید: ☐



اینجا را امضا کنید

امضا	تاریخ
------	-------

5 راه برای دریافت برنامه TA خود در FSD

1. درخواست آنلاین در

[/https://mydss.mo.gov](https://mydss.mo.gov)

2. برنامه تکمیل شده TA را با هرگونه اطلاعات (مانند کاغذبازی) به ایمیل زیر ارسال کنید:

بخش حمایت از خانواده

توجه برنامه TA

615 شرقی سیزدهم

کانزاس سیتی ، MO 64106

Family Support Division

PO BOX 2700

Jefferson City, MO 65102

ایمیل 3: mydssupload.mo.gov

4. همچنین ممکن است این گزینه را داشته باشید که درخواست تکمیل شده TA خود را به مرکز منابع FSD ببرید (به بخش 1 در صفحه 4 مراجعه کنید):
برای یافتن اطلاعات ، از جمله در دسترس بودن و ساعات کار ، برای مرکز منابع FSD
محلی یا دفتر MWA)

5. فکس به:

توجه: برنامه 573-526-9400

وزارت خدمات اجتماعی میسوری

بخش پشتیبانی خانواده توافقنامه برای

سپرده مستقیم



38. توافقنامه برای واریز مستقیم

قسمت اول توسط دفتر FSD شهرستان تکمیل شده است

شماره ☐ من می خواهم بخش خدمات اجتماعی میسوری پرداخت کمک های من را به حساب بانکی واریز کند. من به موسسه مالی
خود اجازه می دهم که سپرده ها را به حسابی که در زیر ذکر شده است ، واریز کند. (رفتن به قسمت

دوم)

☐ تغییر من می خواهم بخش خدمات اجتماعی میسوری سپرده مستقیم من را به حساب بانکی زیر تغییر دهد. من
به موسسه مالی خود اجازه می دهم سپرده ها را به این حساب واریز کند. (رفتن به قسمت دوم)

☐ نگه داشتن من هنوز حساب بانکی ندارم اما حسابی باز می کنم. من از اداره خدمات اجتماعی میسوری می خواهم به محض اینکه
بانک به آنها اطلاع داد که حساب باز است ، مبلغ کمک های من را به حساب من واریز کند. (رفتن
به قسمت سوم)

قسمت دوم توسط دفتر FSD شهرستان تکمیل شده است

نام موسسه مالی

آدرس (CITY، STATE، ZIP Code)

شماره حساب بانکی شماره

نوع حساب بانک

☐ بررسی (ارائه یک بررسی سیاه با VOID نوشته شده در سراسر آن).

V صرفه جویی (ارائه یک لغزش ودیعه پس انداز که شماره حساب خود را با VOID نوشته شده در سراسر آن نشان می دهد).

نام (چاپ) _____ شهرستان _____

DCN _____ امضا _____

تاریخ _____

برگه چک خالی یا فیش واریزی پس انداز را در اینجا پیوست کنید

قسمت سوم FSD نام کامل ، DCS ، SSN. اطلاعات بانکی کامل بانک

نام مشتری _____

مشتری DCN _____

شماره امنیت اجتماعی مشتری _____

شماره مسیریابی بانکی _____ شماره حساب _____

آیا این حساب یک حساب پس انداز است؟ گسترش تلفن تلفن بانکدار شماره تلفن _____

بله ، وارد کنید NO : 1 ، و اگر نه 0

مشتري: مايلم مزايای نقدی خود را با سپرده مستقيم دریافت كنم. من الان حساب بانكي ندارم اما قصد دارم فوراً حساب باز كنم. من می دانم واریز مستقيم سود نقدی من به محض باز شدن حساب من شروع می شود.

امضا _____ تاریخ _____

وزارت خدمات اجتماعی میسوری

بیانی خانواده توافقنامه حمایت



از کودکان 39. توافقنامه حمایت از کودکان

چه کسی باید این فرم را تکمیل کند؟

اگر مراقبت ، حضانت و کنترل را برای یک کودک یا فرزندان انجام می دهید و والدین دیگر با شما زندگی نمی کنند و فوت نشده اند ، باید این مورد را برای هر یک از والدین بدون حضانت هر کودکی که در TA خود قرار می دهید تکمیل کنید. کاربرد.

حمایت از کودکان ممکن است در موارد زیر کمک کند:

1. یافتن والدین بدون حضانت ؛

2. تأسیس پدر قانونی کودک از طریق پدر بودن ؛

3. دریافت پرداخت های حمایتی که ممکن است بیشتر از پرداخت کمک موقت (TA) باشد.

4. دریافت حمایت پزشکی از والدین غیر حضانت برای فرزندان (فرزندان شما).

مسئولیت های شما مگر اینکه دلیل خوبی داشته باشید

قانون شما را ملزم می کند تا به بخش پشتیبانی خانواده (FSD) برای دریافت کمک هزینه فرزند از والدین غیر حضانت برای هر کودکی که برای او درخواست کرده اید یا تحت دریافت TA قرار دارد ، کمک کنید. FSD ممکن است از شما بخواهد:

1. پدر و مادر کودکی را که با شما زندگی نمی کند نام ببرید و اطلاعاتی را برای پیدا کردن والدین به او بدهید. 2.

اگر پدر و مادر کودک در زمان تولد ازدواج نکرده بودند ، به طور قانونی تعیین کنید که پدر کیست.

3. اطلاعاتی را برای دریافت کمک های حمایتی از کودکان به شما یا کودکانی که برای آنها پرداخت TA پرداخت می کنید ، بدهید.

4. برای امضای اوراق یا ارائه اطلاعات یا مدارک مستند به دفتر مراقبت از درآمد FSD یا دفتر حمایت از کودکان مراجعه کنید.

مجازات عدم همکاری

1. مزایای کمک موقت برای شما (والدین یا سرپرست) 25 درصد کاهش می یابد.

2. فرزندان شما همچنان واجد شرایط TA خواهند بود.

ممکن است دلیل خوبی داشته باشید

اگر مدرکی را اثبات کنید که این امر به نفع شما یا فرزند شما نخواهد بود ، ممکن است مجبور نباشید در دریافت حمایت کودک و حمایت پزشکی همکاری کنید. در هر زمان می توانید ادعای "دلیل خوب" کنید. لیست دلایل علت خوب را در زیر مشاهده کنید.

نحوه ادعای علت خوب

1. مدارک مورد نیاز را برای FSD ارائه دهید تا مشخص شود آیا دلیل خوبی برای امتناع از همکاری دارید. 2. اگر دلیل شما

برای ادعای علت خوب این است که از آسیب جسمانی می ترسید و اثبات این امر غیرممکن است ، FSD ممکن است پس از بررسی ادعای شما هنوز بتواند دلیل خوبی را تعیین کند.

3. شما باید کادر "علت خوب" را که در بالای ناحیه امضا در صفحه بعدی قرار دارد ، علامت بزنید. 4. شما باید 20 روز

پس از ادعای دلیل خوب به FSD مدرک بدهید. اگر به زمان بیشتری احتیاج دارید ، باید با FSD صحبت کنید تا آنها بتوانند تعیین کنند که آیا زمان بیشتری برای دریافت مدرک مورد نیاز است یا خیر.

دلیل خوب برای عدم همکاری برای حمایت از کودکان	نمونه هایی از اثبات
این امر باعث آسیب جسمی یا روحی جدی برای شما یا فرزند شما می شود که به شما اجازه نمی دهد از فرزند خود مراقبت کنید ، یا این باعث خشونت خانگی می شود.	• پرونده های قضایی ، پزشکی ، انتظامی ، روانی و کیفری. • خدمات حفاظت از کودکان و سوابق خدمات اجتماعی. • مدارک پزشکی همراه شما یا سابقه سلامت کودک و سلامت عاطفی موجود. • تشخیص یا پیش آگهی کتبی از یک متخصص سلامت روان که نشان دهنده آسیب روحی است که می تواند برای شما یا فرزند شما ایجاد شود. • اظهارات قسم خورده افراد ، از جمله دوستان ، همسایگان ، روحانیون ، مددکاران اجتماعی و متخصصان پزشکی که ممکن است از شرایطی که مبنای ادعای خوب شما است آگاهی داشته باشند.
این باعث خشونت خانگی خواهد شد.	• در صورت عدم وجود مدرک دیگر ، بیانیه کتبی پذیرفته می شود.
قراری پدری یا دریافت حمایت می تواند به شما یا فرزند شما آسیب برساند زیرا کودک در نتیجه تجاوز جنسی یا تجاوز اجباری به دنیا آمده است (این شامل تجاوز قانونی نمی شود).	• سوابق پزشکی یا مجری قانون که این اطلاعات را نشان می دهد.

نمونه هایی از اثبات	بل خوب برای عدم همکاری برای حمایت از کودکان
• اسناد دادگاه یا سایر سوابق برای نشان دادن مراحل قانونی فرزندخواندگی در انتظار هستند (منتظر تصمیم گیری هستند).	برقراری پدری یا دریافت حمایت به کودک آسیب می رساند.
• اظهارات کتبی از آژانس های اجتماعی دولتی یا خصوصی (همانطور که در جامعه به رسمیت شناخته شده است) که نشان می دهد آژانس به شما کمک می کند تا تصمیم بگیرید که آیا کودک را نگه دارید یا فرزند را برای فرزندخواندگی بگذارید و چنین کمکی کمتر از 3 ماه انجام شده است به.	شما در حال کار با یک آژانس هستید که به شما کمک می کند تصمیم بگیرید که آیا می خواهید کودک را برای فرزندخواندگی بگذارید و چنین کمکی به کمتر از آن شده است بیش از 3 ماه

پاسخ FSD به درخواست علت خوب

1. FSD دلیل خوب شما را بر اساس اثبات شما تأیید می کند یا برای تأیید ادعای شما تحقیق می کند.

2. اگر FSD تحقیقاتی را انجام دهد:

- ممکن است از شما خواسته شود اطلاعات ارائه دهید.
- FSD بدون اطلاع اولیه با والدین غیر حضانت کننده تماس نمی گیرد.
- تازمانی که مدرک و اطلاعات اضافی درخواست نشده است ، بخشی از مزایای TA خود را دریافت نخواهید کرد.

حمایت کودکان از دولت

1. هنگامی که برنامه TA را امضا می کنید ، در حالی که TA دریافت می کنید ، تمام حقوق خود را برای حمایت و نگهداری یا نفقه از
کودکان به ایالت میسوری می دهید. حداکثر میزان حمایتی که دولت می تواند داشته باشد مبلغی است که
در پرداخت های کمک موقت به شما پرداخت می شود.

2. هنگامی که حقوق خود را به دولت واگذار می کنید ، نمی توانید با شخصی که مدیون حمایت است ، هیچ گونه توافقی
انجام دهید:

- تغییر وظیفه پرداخت حمایت قبلی کودکان از دولت.
- بر وظیفه پرداخت حمایت جاری تأثیر می گذارد.
- بر وظیفه پرداخت یا میزان حمایت آینده تأثیر می گذارد.
- با پرداخت هزینه های دیگر به جای پرداخت حمایت ، پرداخت های حمایتی کودک را تحت تأثیر قرار دهید. به عنوان مثال ، شما نمی توانید
موافقت کنید که شخص بدهکار کمک هزینه خانه یا ماشین را به جای پرداخت کمک هزینه کودک
پرداخت کند.

3. اگر شما توسط وکیل خصوصی برای دریافت حمایت از کودک برای شما نمایندگی شده اید:

- شما باید به وکیل اطلاع دهید که تمام وجوهی که برای حمایت فعلی از کودکان و معوقات (حمایت از فرزند در موعد
مقرر) که به دولت بدهکار است جمع آوری می شود ، مادامی که تخصیص در حال اجرا باشد به دولت خواهد رفت.
- اگر ادعای دولت به طور کامل برآورده شود ، دولت پرداخت ها را برای شما ارسال می کند.

4. اگر برای TA تأیید شده اید و قبل از تاریخ تأیید هرگونه حمایت کودک دریافت می کنید ، باید ظرف 10 روز به FSD اطلاع دهید.

5. اگر برای TA تأیید شده اید و پشتیبانی دریافت می کنید:

- همه حمایت های کودک باید ماه بعد از ماه تأیید شما به مرکز پرداخت حمایت خانواده ارسال شود.
- مثال: وقتی در ماه اکتبر برای TA درخواست می کنید ، هزینه های حمایت از کودک را دریافت می کنید. اگر در نوامبر برای TA تأیید شده اید ، باید تمام پشتیبانی دریافتی در ماه دسامبر یا بعد از آن را به مرکز پرداخت حمایت خانواده ارسال کنید.

6. اگر برای TA تأیید شده اید و هنگام درخواست درخواست پرداختی برای حمایت از کودک دریافت نکرده اید ، همه حمایت های بعدی باید از روز اول ماه دریافت TA به مرکز پرداخت حمایت خانواده ارسال شود.

7. هنگامی که دولت حمایت را جمع آوری می کند ، دیگر در زمان و مبلغ پرداختی دخیل نیستید.

- اگر والدین پرداخت های حمایتی مناسبی را انجام نمی دهند ، دولت اقدامات قانونی را برای دریافت پرداخت (ها) انجام می دهد.

• مزایای TA شما تحت تأثیر قرار نمی گیرد.

8. اگر پشتیبانی شما برابر یا بیشتر از مزایای TA شما باشد ، به شما اطلاع داده می شود و:

• پرونده TA شما بسته می شود

- دولت ممکن است حمایتی را که قبل به دلیل بازپرداخت پرداخت های TA دریافت شده شما جمع آوری و نگهداری می کند ، حفظ کند

• دولت هیچ گونه حمایت فعلی برای بازپرداخت پرداخت TA نخواهد داشت

مشارکت و اجرای آژانس حمایت از کودکان

- حمایت از کودکان ممکن است یافته های FSD و مبنای تعیین علت خوب را در مورد شما مرور کند.

• در صورت درخواست رسیدگی به دلائل خوب ، پشتیبانی کودک در آن جلسه شرکت می کند.

- اگر دلیل خوبی برای عدم همکاری پیدا کردید ، حمایت از کودک سعی نخواهد کرد که پدری را تأیید کند یا حمایت دریافت کند.

من هر 2 صفحه این اطلاعیه را درک می کنم.

شما باید یکی را بررسی کنید: □ من

دلیل خوبی ندارم و "ارجاع/اطالعات خدمات حمایت از کودکان" را تکمیل می کنم □ من دلیل خوبی ندارم

و "ارجاع/اطالعات خدمات حمایت از کودکان" را تکمیل نمی کنم

□ من دلیل خوبی دارم و مدرکی ارائه خواهم داد.

امضای متقاضی یا شرکت کننده _____

تاریخ _____

وزارت خدمات اجتماعی میسوری
بخش پشتیبانی خانواده ارجاع/اطالعات
خدمات حمایتی کودکان



40. ارجاع/اطالعات خدمات حمایتی کودکان - متقاضی باید این کار را کامل کند

شما باید هر موردی را تکمیل کنید، حتی اگر قبلاً اطلاعات را داده اید. این فرم برای اقدام در مورد پرونده حمایت فرزند شما استفاده می شود. من

رابطه زیر را با کودک دارم

☐ مادر ☐ پدر ☐ پدر بزرگ و مادر بزرگ ☐ دیگر _____

اطالعات سفارشی والدین یا سفارشی

نام (آخرین) (اول) (وسط) _____ آدرس

(شماره و خیابان) (شهر) (شماره تلفن خانگی) _____ دولت

(کد پستی) _____ شماره تلفن

(شامل کد منطقه) _____ شماره تلفن

همراه (شامل کد منطقه) _____ منطقه

شماره تلفن کار (شامل کد منطقه) _____ شماره امنیت

اجتماعی

تاریخ تولد مسابقه _____

جنسیت _____

اطالعات والدین غیرقانونی یا پدر ادعایی

نام (آخرین) _____ (اولین) _____

آدرس (جاری یا آخرین اطلاعات) (شهر) _____

(دولت) _____ (کد پستی) _____

آدرس تاریخ آخرین شماره تلفن شناخته شده (شامل کد منطقه) _____

شماره تلفن همراه (شامل کد منطقه) _____ شماره امنیت اجتماعی _____

تاریخ تولد _____

محل تولد (شهر و ایالت) _____

مسابقه _____

جنسیت

فرزندان والدین عادی و والدین غیر عادی/پدر ادعا شده

جنسیت	مسابقه	شهرستان/دولت تولد	تاریخ تولد	نام (آخرین ، اولین ، وسط)	SSN یا DCN کدک

اگر کودک از دولت متولد شده است ، در صورت موجود بودن یک کپی از گواهی تولد را ضمیمه کنید.

وضعیت ازدواج و اطلاعات دادگاه

والدین کودکان هستند

☐ متاهل ☐ هرگز ازدواج نکرده ☐ پرونده طالق ☐ طلاق گرفته است

اگر والدین ازدواج کرده اند ، تاریخ و مکان را ارائه دهید

تاریخ

مکان (شهر ، شهرستان و دولت)

اگر والدین منحل شده اند یا پرونده داشته اند برای طالق

، تاریخ و محل را ارائه دهید

مکان تاریخ (شهر ، شهرستان و دولت)

آیا والدین سرپرست کودکان پس از تولد کودکان خارج از میسوری زندگی می کردند؟

☐ بله اگر ☐ خیر ☐ ناشناخته است

بله

کجا (شهر ، شهرستان و ایالت) کی آیا مادر

با مردی غیر از والدین غیرتجاری/پدر ادعا شده هنگامی که او باردار شد یا هنگامی که کودکان

متولد شد/متولد شد؟

☐ بله اگر ☐ خیر ☐ ناشناخته است

بله

دادن

نام

☐ نام

تاریخ ازدواج

آیا پرداخت های حمایتی کودکان توسط یک دادگاه سفارش داده شده است؟

☐ بله (پیوست یک نسخه از دستور دادگاه اصلی و هرگونه اصلاح ☐ خیر ☐ ناشناخته

اگر بله ، اطلاعات کامل دادگاه

شهرستان و دولت سفارش دادگاه

تاریخ سفارش

شماره سفارش

مبلغی برای هر کودک \$

فرکانس (هفته، ماه، و غیره).

اگر والدین وقتی بچه ها متولد شده اند ازدواج نکرده اند موارد زیر را تکمیل کنید آیا

به طور قانونی توسط یک دادگاه تاسیس شده است؟

☐ بله (ضمیمه یک نسخه از دستور دادگاه) ☐ خیر

اگر بله،

اطالعات کامل دادگاه

☐ سفارش شهرستان و استان

تاریخ سفارش شماره

سفارش

آیا پدر ادعایی مزرکی را تکمیل کرده است که معتقد است اگر کودک بله در کدام ایالت است، پدر کودکان است؟

☐ بله (ضمیمه یک کپی از سند) ☐ خیر

آیا برای تعیین پدر بیولوژیکی کودکان، آزمایش بارداری تکمیل شده است؟ اگر بله، در کدام دولت؟

☐ بله (ضمیمه یک کپی از سند) ☐ خیر

آیا این امکان وجود دارد که یک مرد دیگر، به غیر از این پدر ادعا شده، ممکن است پدر بچه های لیست شده باشد؟
(در صورت پیوست کردن ورق اضافی)

ضروری)

☐ بله ☐ خیر

اگر بله،	نام	نشانی	شماره تلفن (شامل کد منطقه)
	نام	نشانی	شماره تلفن (شامل کد منطقه)

اطالعات شغلی و اجتماعی

آیا پدر یا مادر غیرقانونی در حال حاضر شاغل هستند؟

☐ بله ☐ خیر ☐ ناشناخته است

نام و آدرس والدین غیرقانونی والدین/ادعا شده پدر چیست؟

نام پدر _____ آدرس پدر _____

نام مادر (دوشیزه) _____

آدرس مادر _____

درباره درخواست ما برای اطلاعات شماره امنیت اجتماعی (SSN): ما به SSN شما و فرزند شما نیاز داریم. SSN ها برای مکان یابی افراد به منظور ایجاد پدري و ایجاد ، تعديل و اجرای تعهدات حمایتی استفاده خواهند شد. افشای اینها

SSN ها در بخش 466 (a) 13 قانون تامین اجتماعی اجباری هستند. ما همچنین از شما می خواهیم که اگر می دانید والدین غیرمجاز یا SSN پدر ادعا شده را ارائه دهید. ما به این اطلاعات نیاز داریم تا والدین دیگر را در پرونده های خود شناسایی کنیم ، یک دستور پشتیبانی ایجاد کنیم یا یک دستور پشتیبانی را اجرا کنیم. عدم ارائه این اطلاعات ممکن است باعث تأخیر در ارائه خدمات مناسب به شما شود.

من تأیید می کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم تا آنجا که می دانم صحیح و کامل است.

امضای متقاضی _____ تاریخ _____

این بخش با کارکنان تعمیر و نگهداری درآمد تکمیل می شود

نام کارگر (لطفاً چاپ کنید)	دفتر IM	تاریخ
یادداشت های کارگر تعمیر و نگهداری درآمد		