

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

يرجى استعمال قلم حبر أسود أو أزرق لتعبئة هذا الطلب.

1. معلومات الاتصال برب الأسرة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. نوع الأسرة (اختر واحدا)

شخص واحد	أسرة تعيش امرأة بمفردها	أسرة يعولها والدين	أسرة متعددة الأجيال
شخصان بالغان ولا يوجد أطفال	أسرة يعولها رجل بمفرده	بالغان غير متزوجين ولديهم أطفال	أخرى: _____

4. مصادر دخل الأسرة
(حدد كل ما ينطبق)

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

دخل العمل (الراتب/الأجور)
دخل العمل الحر أو عمل المزارع
دخل التقاعد من الضمان الاجتماعي
المعاش التقاعدي

دخل الضمان التكميلي (SSI)
دخل الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة (SSDI)
تعويض العجز المتعلق بالخدمة العسكرية
المعاش التقاعدي غير المرتبط بالإعاقة أثناء الخدمة العسكرية

التأمين الخاص ضد حالات الإعاقة
تعويض العمال
تأمين/إعانة البطالة
المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) / معونة برنامج استثمار الأسرة (FIP)

التبرعات النقدية المقدمة من العائلة أو الأصدقاء
التفقة أو أي إعانة زوجية أخرى
إعانة الطفل
أخرى: _____
لا يوجد دخل

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

نعم ☐ لا ☐

5. الإعانات غير النقدية للأسر
(حدد كل ما ينطبق)

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)
النساء والأطفال والرضع والأطفال (WIC)
برنامج دعم الطاقة المنزلية لمنخفضي الدخل

إيصال/مستند اختيار السكن (HCV)
الإسكان العام
دعم الإسكان الدائم

الإسكان المدعم من شؤون المحاربين القدامى (HUD-VASH)
مستند رعاية الطفل
قانون الرعاية ميسرة التكلفة

هل قدم أي شخص في منزلك إقرارا ضريبيا وحصل على إعانة (الإعفاء الضريبي على الدخل المكتسب) في العام الماضي أو هذا العام؟

نعم ☐ لا ☐

6. حالة المسكن (اختر واحدا)

ملك ☐ إيجار ☐ مسكن دائم آخر ☐

إذا كنت مستأجرا، فهل يشمل إيجارك تكاليف التدفئة؟

إذا كنت مستأجرا، فهل يشمل إيجارك الكهرباء؟

بلا مأوى (إذا كنت بلا مأوى، ما هو الوضع السكني الخاص بك؟)

نعم ☐ لا ☐

نعم ☐ لا ☐

أخرى: _____

أخرى: _____

نعم ☐ لا ☐

نعم ☐ لا ☐

إذا كنت مستأجر، هل تتلقى إعانة الإيجار؟

إذا كنت مستأجر، هل إيجارك يعتمد على نسبة مئوية من دخلك؟

ما هي تكاليف القرض العقاري أو الإيجار الخاص بك شهريا؟ دولار _____

7. معلومات عن المالك/المجمع السكن

اسم: _____

8. حالة السكن (اختر واحدا)

منزل ☐ منزل متنقل ☐

الغاز الطبيعي ☐ الكهرباء ☐

9. المصدر الرئيسي لتدفئة المنزل (اختر واحدا)

إذا كان بروبان أو زيت الوقود، هل الخزان لديك فارغ أو منخفض (30٪ أو أقل ، أو في المستوى أحمر اللون)؟

التدفئة	نعم ☐	لا ☐
الكهرباء	نعم ☐	لا ☐

هل لديك إشعار بقطع الإمداد عنك؟

هل تم قطع الإمداد عنك في الوقت الحالي؟

هل تقوم بالسداد وفق اتفاق؟

10. شركات التدفئة والكهرباء والمياه المنزلية

يجب عليك إرفاق نسخة من فاتورة حديثة للتدفئة وأخرى للكهرباء مع هذا الطلب.

يرجى الانتقال إلى الصفحة 3، وقراءة إقرار المصادقة، ثم التوقيع على الطلب وتدوين التاريخ.

بيان الإقرار والتصديق

و/أو برنامج مساعدة تدفئة وتحسين كفاءة المنازل (LIHEAP) أتقدم بطلب للحصول على المساعدة من خلال برنامج مساعدة الأسر منخفضة الدخل في تكاليف الطاقة من خلال توقيع هذا الطلب أو تقديم موافقة شفوية، أفوض الوكالة باستخدام المعلومات التي أقدمها لتحديد ما إذا كانت (Weatherization Assistance Program) أسرتي مؤهلة لهذه البرامج أو لأي برامج أو خدمات أخرى قد أطلبها

كما أفوض ولاية أيوا، ووزارة الطاقة الأمريكية، ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، والوكالة التي تراجع طلبي بالحصول من شركة الطاقة الخاصة بي على معلومات تتعلق باستهلاكك السابق للطاقة وسجل مدفوعاتي. وأفوض ولاية أيوا بمشاركة معلومات طلبي مع شركة الطاقة الخاصة بي عندما يكون ذلك ضروريًا لتقديم المزايا أو الخدمات

من خلال توقيع هذا الطلب أو تقديم موافقة شفوية، أقر بما يلي

إن المعلومات والوثائق التي أقدمها صحيحة وكاملة حسب علمي واعتقادي

أنا الشخص الوحيد في أسرتي الذي تقدم بطلب أو سيتقدم بطلب للحصول على هذه البرامج

أفهم أن تقديم معلومات كاذبة أو ناقصة أو مضللة عن قصد — بما في ذلك استخدام هوية شخص آخر، أو تغيير الوثائق، أو عدم تقديم المعلومات المطلوبة — يُعتبر احتيالاً. وأفهم أن الاحتيال قد يؤدي إلى رفض المزايا، وإلزامي بإعادة المزايا التي حصلت عليها، واتخاذ إجراءات قانونية محتملة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية. إذا كان ذلك ينطبق على حالتي، فإنني أسمح بتنفيذ أعمال تحسين كفاءة وترشيد استهلاك الطاقة في منزلي دون أي تكلفة عليّ

أفهم أنه إذا كنت أستاذ المنزل، فقد تحتاج الوكالة إلى الحصول على موافقة مالك العقار قبل تنفيذ أعمال تحسين كفاءة المنزل. كما أفهم أن توقيع هذا النموذج لا يضمن حصولي على خدمات تحسين كفاءة المنزل

أقر بأنني قرأت بيان الإقرار والتصديق هذا وفهمته

التوقيع

التاريخ