

معلومات عن الأطفال المضافين إلى الأسرة

ملاحظة - يجب اتخاذ إجراء إعالة الطفل بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية وتقديم الوثائق مع طلب التغيير هذا.

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| الاسم (الأخير، الأول، الأوسط): | الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر | تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة | رقم الضمان الاجتماعي (اختياري): |
| هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه | |
| خيارات العرق: • أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين • آسيوي • أسود أو أمريكي من أصل أفريقي • من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ • أبيض | خيارات وضع الأجنبي: • مقيم دائم • طالب لجوء • أجنبي ممنوح حق دخول مشروط • تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) • أجنبي تم منع ترحيله | • لاجئ • زوج أجنبي/زوجة أجنبية يتعرض/تتعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض/تتعرض للعنف الأسري • بدون وثائق • طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني | |
| هل هذا الطفل بحاجة إلى الرعاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | |
| 1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | |
| 2. ما علاقة الطفل بك؟ | | | |
| 3. هل هذا الطفل مُعاق؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | |
| 4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | |
| 5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة طفل لهذا الطفل؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة "لا"، ولديك "سبب وجيه"، فيرجى الاتصال على الرقم 1-866-243-8769 لاختيار النموذج الصحيح. | |
| 6. هل تتلقى إعالة طفل لهذا الطفل؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | |
| 7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ | | | |
| 8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ | |

المستندات المطلوبة للقسم 4 - يجب إرفاق شهادة ميلاد الطفل؛ وإرفاق إثبات الوصاية حيثما ينطبق؛ وإذا كان ينطبق، أرفق خطاب التحقق من دخل الضمان التكميلي؛ وإذا كان ينطبق، أرفق خطاب (خطابات) التحقق من استحقاقات الضمان الاجتماعي الأخرى؛ وإذا كان ينطبق، التحقق من إعالة الطفل الذي يكون إما: (1) طوعي؛ أو (2) بموجب أمر محكمة؛ أو "السبب وجيه"؛ أو (4) لإثبات إعالة الطفل.

معلومات عن خسارة أو تغيير دخل

| | | | |
|--|--|---|--|
| نوع التغيير | اسم فرد الأسرة | نوع الدخل (انظر الخيارات أدناه) | قيمة الدخل الجديد (للتغيير في الدخل فقط) |
| <input type="checkbox"/> خسارة الدخل <input type="checkbox"/> الزيادة في الدخل، انظر مخطط متوسط الدخل في الولاية أدناه. | | | |
| خيارات نوع الدخل: • نفقة • راتب من القوات المسلحة • إعالة طفل - بأمر محكمة • إعالة طفل - تطوعية | • استحقاقات الضمان الاجتماعي • دخل الضمان التكميلي • إجمالي دخل العمل الذاتي • مساعدة نقدية مؤقتة (TCA) | • عمولات/يقشيش • إعانة بطالة • إعانة/مزاييا المحاربين القدامى • راتب/اجر | • تعويضات العمل • غير ذلك |

الإبلاغ عن تغيير في الدخل:

85% من متوسط الدخل (SMI) في ولاية ماريلاند

| حجم الأسرة | 85% من متوسط الدخل في الولاية |
|------------|-------------------------------|
| 2 | 63,153 دولار |
| 3 | 78,013 دولار |
| 4 | 92,873 دولار |
| 5 | 107,732 دولار |
| 6 | 122,592 دولار |
| 7 | 125,378 دولار |

ارجع إلى جدول متوسط الدخل في الولاية الموجود في الجانب الأيمن بشأن حجم أسرته.

إذا كان دخل أسرتك المجمع أعلى من 85% من متوسط الدخل في الولاية، فقم بإرسال هذا النموذج وأرفق معه المستندات المطلوبة.

إذا كان دخل أسرتك المجمع أقل من 85% من متوسط الدخل في الولاية، فقم بإرسال هذا النموذج. الإبلاغ عن التغييرات في الدخل في وقت إعادة البت.

المستندات المطلوبة للقسم 5

في حال فقدان الدخل، فيجب عليك حينئذ إرفاق خطاب فصل من كل جهة عمل سابقة منذ آخر تقرير للأهلية. إذا كانت الزيادة في دخل الأسرة المجمع أعلى من 85% من متوسط الدخل في الولاية الوارد بالمخطط أعلاه فأرفق إثبات الدخل.

| القسم 6 التغيير في دخل الضمان التكميلي (SSI) | |
|---|----------------------------|
| اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط): | تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة |
| <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المفتوح | |
| <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المغلق | |
| المستندات المطلوبة للقسم 6 - أرفق خطاب الإشعار بدخول الضمان التكميلي. | |

| القسم 7 التغيير في المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعتمدة | |
| <input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعتمدة المرفوضة | |
| <input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة المغلقة | |
| المستندات المطلوبة للقسم 7 المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعتمدة: أرفق خطاب الإشعار بمنح المساعدات النقدية المؤقتة؛ المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعتمدة المرفوضة: أرفق إثبات ساعات العمل (على سبيل المثال: قسائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA")؛ المساعدات النقدية المؤقتة المغلقة: أرفق إثبات العمل (على سبيل المثال: قسائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA") وخطاب الإشعار بإغلاق المساعدات النقدية المؤقتة. | |

| القسم 8 تغيير الاسم | |
|---|--|
| الاسم السابق: | |
| الاسم الجديد: | |
| تاريخ السريان: شهر/يوم/سنة | |
| المستندات المطلوبة للقسم 8 - يجب إرفاق إثبات تغيير اسمك القانوني. | |

| القسم 9 التوقيع والتاريخ | |
|--|-----------------|
| تحت التعرض لعقوبة الحنث باليمين، أقر وفق أفضل علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية. | |
| التوقيع (مطلوب) | التاريخ (مطلوب) |
| يجب التوقيع على طلبات التغيير وتاريخها حتى يمكن معالجتها. لا تُقبل التوقيعات الإلكترونية. يجب أن يكون تاريخ الطلب خلال فترة 45 يوماً من تقديمه. | |

— إخطار —

يتطلب منك كل تغيير تم الإبلاغ به تقديم مستندات داعمة مع نموذج تغيير الظروف هذا.

يسري التغيير المبلغ به بمجرد استلام مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 لجميع المستندات المطلوبة.