

# تجديد الأهلية في برنامج المساعدات الإجارية الطارئة "ERAP"

مَنْ يُجَدِّد الأهلية؟  المستأجر  المالك (نيابة عن المستأجر)

بيانات المستأجر			
اسم العائلة	الاسم الأول	رقم الضمان الاجتماعي # (اختياري)	
العنوان	المدينة	الرمز البريدي	المقاطعة
الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني (إن وُجد)		التاريخ
الأُسرة: عدد البالغين _____ عدد الأطفال تحت سن 18 عامًا _____			
هل عانى أي فرد في أسرتك من ضائقة مالية والتي قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، فترة بطالة، أو انخفاض في دخل الأسرة أو زيادة في تكاليف معيشة الأسرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فهل حدثت هذه الضائقة المالية خلال جائحة كوفيد-19- أو نتجت بسببها بشكل مباشر أو غير مباشر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل أي شخص في أسرتك معرض لخطر التشرد أو عدم الاستقرار في السكن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل تلقى أي فرد في الأسرة مساعدة في سداد تكاليف الإيجار/المرافق خلال آخر 12 شهرًا؟ إذا أُجبت بنعم فهل تلقى أي فرد إعانات من برنامج المساعدات الإجارية الطارئة بولاية بنسلفانيا خلال آخر 12 شهرًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا أُجبت بلا توقف هنا وأكمل تعبئة طلب الحصول على إعانات برنامج "ERAP".			
هل انتقلت إلى مقاطعة أخرى منذ آخر مرة تلقيت فيها إعانات برنامج "ERAP"؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا أُجبت بنعم فما هي المقاطعة التي تلقيت فيها إعانات برنامج "ERAP"؟ _____			

بيانات المالك أو مدير العقار			
شركة إدارة العقار (إن وجدت)			
اسم العائلة	الاسم الأول	المعرّف الضريبي # أو رقم الضمان الاجتماعي #	
العنوان	المدينة	الرمز البريدي	
الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني		

**الدخل الخاص بأسرة المستأجر**  
يُرجى إخبارنا عن دخل أي فرد في أسرتك يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر.

هل قدمت الإقرار الضريبي للعام الماضي من أجل إثبات دخل جميع الأفراد المذكورين في طلبك للحصول على إعانات برنامج "ERAP" خلال آخر 12 شهرًا؟  
نعم  لا

نرجو منك أن تحدثنا عن الدخل الذي يحصل عليه كل فرد في أسرتك يبلغ 18 عامًا أو أكثر.

هل يحصل أي فرد في أسرتك على أي دخل؟ نعم  لا

إذا أجبت بنعم فتابع إلى قسم نفقات الأسرة المستأجرة. إذا أجبت بلا فحدّد كل الخيارات التي تنطبق عليك وكتب الدخل الذي يحصل عليه أي فرد في أسرتك يبلغ 18 عامًا أو أكثر.

<input type="checkbox"/> العمولات <input type="checkbox"/> الأرباح <input type="checkbox"/> القمار/اليانصيب <input type="checkbox"/> رسوم الوصاية <input type="checkbox"/> الأموال المتحصلة من مجالسة الأطفال <input type="checkbox"/> الأموال المتحصلة من التدريب <input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك للقروض	<input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك للإيجار <input type="checkbox"/> الأموال المدفوعة لك لدفع إيجار الغرفة أو الطعام <input type="checkbox"/> المعاشات <input type="checkbox"/> العمل الحر <input type="checkbox"/> الإعانات المرضية <input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل الضمان الإضافي (SSI)	<input type="checkbox"/> الدعم <input type="checkbox"/> البطالة <input type="checkbox"/> أموال تدفعها النقابة <input type="checkbox"/> إعانة المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> أجر من العمل <input type="checkbox"/> تعويضات العمال <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
اسم صاحب الدخل	النوع/مصدر الدخل/اسم صاحب العمل	الدخل/الأجر: ما مقداره؟	تواريخ أحدث مدفوعات مستلمة

**مصاريف الأسرة الخاصة بالمستأجر**

الإيجار	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
الكهرباء	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
الغاز	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
النفط	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
غاز البروبان	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
الفحم/الحطب/غير ذلك	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
القمامة	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
المياه/الصرف الصحي	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
غير ذلك (وضح أدناه)	المورد	شهرياً	دولار	المتأخرات	دولار
ملاحظات:					

**بيان قانون الخصوصية**

جمع هذه البيانات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، مصرح به بموجب القانون 42 (C)(2)(c) 405 U.S.C. § 432.2(b)(3) and (i-iv).

سيتم استخدام البيانات لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج مساعدة طارئة في الإيجار. سوف نتحقق من هذه البيانات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. ستستخدم هذه البيانات أيضًا لرصد الامتثال للوائح البرنامج وإدارته.

قد يتم الكشف عن هذه البيانات للوكالات الاتحادية والولاية الأخرى لفحصها رسميًا، ولموظفي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين الخارجين على القانون. قد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى رفض المساعدة في الإيجار في حالات الطوارئ لكل فرد يفشل في تقديم رقم الضمان الاجتماعي. سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي مقدمة والإفصاح عنها بنفس الطريقة المتبعة مع أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين. إذا أراد شخص ما المساعدة في الحصول على رقم الضمان الاجتماعي:

(1) اتصل بـ: 1-800-772-1213 أو 1-800-325-0778 (جهاز

اتصالات الصم)؛ أو

(2) زُر: [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

**الحق في الاستئناف**

لديك الحق في طلب جلسة استماع للاستئناف في القرار إذا كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل مقدم الخدمة في التصرف بناءً على طلبك للحصول على الإعانات. يمكنك إرسال أوراق.

يمكنك تقديم الاستئناف من خلال وكالة المقاطعة باتباع المعلومات المقدمة في إشعار تحديد الأهلية من وكالة برنامج المساعدة في الإيجار في حالات الطوارئ (ERAP) في مقاطعتك.

إذا تقدمت بالظن، يمكنك أيضًا طلب عقد مؤتمر مع وكالة برنامج المساعدة في الإيجار في حالات الطوارئ (ERAP) قبل جلسة الاستماع.

في جلسة الاستماع، يمكنك تمثيل نفسك، أو قد يمثلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

**الحق في عدم التمييز**

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الإعاقة، أو السن، أو الجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (على سبيل المثال: طريقة برايل، الأحرف الكبيرة، الشريط الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولاية أو محليًا) حيث قاموا بالتقديم للحصول على الإعانات. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات حول البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بشأن التمييز فيما يتعلق ببرنامج تلقي مساعدات مالية اتحادية من خلال إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية:

لتقديم شكوى تمييز يُرجى التواصل مع:

U.S. Department of the Treasury  
Director, Office of Civil Rights and Diversity  
1500 N.W. Pennsylvania Avenue  
Washington, DC 20220

أو اتصل على الرقم 622-1160 (202)؛

أو ارسل رسالة بريد إلكتروني إلى: [crcomplaints@treasury.gov](mailto:crcomplaints@treasury.gov).

تلتزم هذه المؤسسة بالمساواة في منح فرص التوظيف.

**الحق في السرية**

سنحافظ على خصوصية بياناتك. سيتم استخدامها فقط لتحديد البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. أي شخص ينتهك عن قصد أيًا من قواعد وأنظمة هذه الإدارة يُدان بارتكاب جنة، وعند إدانته، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100) دولار (دولار) أو بالسجن، لمدة لا تزيد عن ستة أشهر، أو كليهما (P.S. 62)، القسم (483).

**المسؤولية عن تقديم المعلومات**

يجب أن تُقدم بيانات حقيقية، وصحيحة، وكاملة. يجب أن تقوم بالمساعدة في إثبات صحة البيانات التي تقدمها. قد يتم رفض الإعانات إذا فشلت في تقديم دليل بعينه. إذا تم الاتصال بك من قبل إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو مكتب المفتش العام للولاية، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين.

أعلم وأوافق على تحملي المسؤولية عن أي تصريحات احتيالية مذكورة في هذا التجديد للأهلية حتى ولو قَدِّم طلب تجديد الأهلية شخص يتصرّف بالنيابة عني. وأشهد بأن جميع المعلومات المكتوبة صحيحة وبأن عدم صحتها يعرضني لعقوبات الحنث باليمين. وأعلم أن المعلومات المكتوبة في هذا التجديد للأهلية ستُحفظ في سرية ولن تُستخدم إلا من أجل إدارة شؤون الإعانات. وأعلم أنه ربما يُطلب مني العمل مع وكالات أخرى كشرط لاعتماد الإعانات وحصولي عليها. وأوافق على تقديم أي مستندات إضافية مطلوبة (مثال: كعب شيك الراتب وعقد الإيجار وفواتير حديثة للمرافق وإثبات حالة البطالة وغيرها من المستندات) عند الطلب.

التوقيع - المستأجر

الاسم بخط واضح - المستأجر

التوقيع - المالك (فقط إذا تم ملء النموذج من قبل المالك)

الاسم بخط واضح - المالك (فقط إذا تم ملء النموذج من قبل المالك)

## تفويض الإفصاح عن البيانات (المستأجر فقط)

أفرض وأطلب الإفصاح لمكتب المقاطعة عن أي معلومات تتعلق بالعم، والإقامة، والمواطنة، والعمل، والدخل، وأي بيانات إضافية تتعلق بأهلية الحصول على برامج المساعدة في الإيجار والمرافق من أجلي. من المفهوم أن المعلومات التي تم الحصول عليها لن تُستخدم إلا لتحديد المساعدة في الإيجار/المرافق أو برامج المساعدة السكنية الأخرى.

توقيع المستأجر

التاريخ

الاسم بخط واضح - المستأجر

## ERAP Agency Use Only

Authorization Information:  Approved  Denied Date: \_\_\_\_\_

Type(s) of Assistance Provided:

Rental Assistance  Rental Arrears  Housing Stability Services  Utility Assistance  Utility Arrears  
 Other

Amount of Assistance:

Rental Assistance \$ \_\_\_\_\_ Rental Arrears \$ \_\_\_\_\_ Housing Stability \$ \_\_\_\_\_ Other \$ \_\_\_\_\_

Utility Assistance \$ \_\_\_\_\_ Utility Arrears \$ \_\_\_\_\_ Total \$ \_\_\_\_\_

Number of months covered with: Rental Assistance \_\_\_\_\_ Rental Arrears \_\_\_\_\_ Utility Assistance \_\_\_\_\_ Utility Arrears \_\_\_\_\_

Household Income Level:

Does not exceed 30 percent of the area median income for the household  
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household  
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes:  Used annual calculation for eligibility  Used monthly income at time of application  
 Categorically Eligible  Fact Specific Proxy  Self-Attestation