

---

# معلومات عن خدمات إعانة الطفل و طلب/إحالة إلى خدمات إعانة الطفل

---

ولاية نيويورك  
مكتب المساعدات المؤقتة ومساعدات الإعاقة  
مركز رفاه الأطفال  
قسم تطبيق إعانة الطفل

**otda**  
otda.ny.gov

بحاجة إلى معلومات إضافية عن إعانة  
الطفل؟

قم بزيارة موقعنا الإلكتروني  
[childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov)

## معلومات عامة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لغوية، الرجاء إبلاغ وحدة تطبيق إعانة الطفل المحلية لكي يتم تقديم خدمات الترجمة التحريرية و/أو الترجمة الشفهية. اقرأ معلومات عن خدمات إعانة الطفل (صفحات 2 – 7) بدقة قبل إكمال استمارة طلب/إحالة إلى خدمات إعانة الطفل القابلة للفصل (صفحات A-1 – A-8). فهي تحتوي على معلومات وحقائق مهمة ينبغي عليك معرفتها وفهماها بخصوص خدمات تطبيق إعانة الطفل.

## جدول المحتويات

2	معلومات عن خدمات إعانة الطفل.....
2	القسم 1 – الأهلية، التكليف، والخدمات المتوفرة.....
2	الأهلية للحصول على خدمات إعانة الطفل .....
2	التكليف والتعاون في إعانة الطفل .....
2	خدمات إعانة الطفل المقدمة .....
3	معلومات عن التزامات إعانة الطفل الأساسية .....
4	فهم خدمات إعانة الطفل المقدمة .....
4	القسم 2 - الحقوق والواجبات الناتجة عن تأكيد الأبوة وحق الحصول على إشعار المرافعات القانونية.....
4	الحقوق والعواقب على تأكيد الأبوة .....
4	حقوق الحصول على المعلومات بخصوص المرافعات القضائية .....
4	القسم 3 - سياسات إعانة الطفل .....
4	مسائل السلامة .....
5	حماية المعلومات الشخصية وسريتها .....
5	سياسة التوزيع .....
5	القسم 4 - الخدمات القانونية واسترداد التكلفة.....
5	الخدمات القانونية .....
5	استرداد التكاليف للخدمات القانونية .....
6	القسم 5 – رسوم الخدمة السنوية.....
6	القسم 6 – الدفع ومعلومات الاتصال.....
6	خيارات الدفع .....
6	خدمة العملاء/معلومات الحساب .....
A-1	طلب/إحالة إلى خدمات إعانة الطفل.....
A-1	القسم A – معلومات مقدم الطلب/المتلقي.....
A-1	الجزء 1 – معلومات الوالدة(ة) الوصي (CP) أو ولي الأمر.....
A-Error! Bookmark not defined.	الجزء 2 - معلومات الوالدة(ة) غير وصي (NCP)/الأب المقترض (PF) (تتمة) .....
A-5	الجزء 3 - معلومات الطفل .....
A-6	الجزء 4 – معلومات الرعاية بالتبني (لاستعمال الوكالة فقط) .....
A-7	القسم B – الوثائق الداعمة.....
A-8	القسم C – طلب/توكيد للحصول على خدمات إعانة الطفل.....

## معلومات عن خدمات إعانة الطفل

تزوّد هذه الوثيقة الأفراد المهتمين بخدمات إعانة الطفل بمعلومات مهمة عن البرنامج (الأقسام 1-6) وتتضمن طلب تقديم/إحالة قابلة للقص لخدمات إعانة الطفل. **القسم 1** يحدد المؤهل للحصول على خدمات إعانة الطفل، ويوضح التكليف بحقوق الإعانة والتعاون، ويقدم ملخصاً لخدمات إعانة الطفل والالتزام الأساسي لإعانة الطفل. **القسم 2** يتناول الحقوق والواجبات الناتجة عن تأكيد الأبوة وحق الحصول على إشعار المرافعات القانونية. **القسم 3** يقدم سياسات إعانة الطفل في الولاية. **القسم 4** يناقش الخدمات القانونية واسترداد التكلفة. **القسم 5** يناقش رسوم الخدمة السنوية و**القسم 6** يقدم معلومات عن الدفعات والاتصال.

يجب توفير هذه المعلومات لجميع مقدمي الطلبات للحصول على خدمات إعانة الطفل ولمقدمي الطلبات والحاصلين على المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، ومديكيد والرعاية بالتبني وفق الباب Title IV-E والذين تتم إحالتهم إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل. إذا كان طفلكم في رعاية بالتبني، فسيكون مقدم الطلب أو الحاصل على الخدمة هو المفوض أو المعين من قبل الخدمات الاجتماعية في المنطقة أو المفوض أو المعين من قبل مكتب خدمات الأطفال والعائلات.

### القسم 1 – الأهلية، التكليف، والخدمات المتوفرة

#### الأهلية للحصول على خدمات إعانة الطفل

أي والد(ة) أو مقدم رعاية غير والد(ة) يعمل بصفة وصي لطفل واحد على الأقل دون سن 21 هو مؤهل لتقديم طلب لخدمات إعانة الطفل. ويعتبر هذا الشخص والداً وصياً في قضية إعانة الطفل. فإذا كنت تقدم طلباً، أو تحصل على، مساعدة مؤقتة (اسمها الرسمي "مساعدة العائلات" أو "مساعدة شبكة الأمان") لطفل، فإنه يمكن تقديم خدمات إعانة الطفل لك على أساس طلبك لهذا البرنامج. كما يمكن تقديم خدمات إعانة الطفل إذا كنت تقدم طلباً لـ مديكيد لنفسك والطفل وأكملت طلباً/إحالة لخدمات إعانة الطفل. سوف تستمر خدمات إعانة الطفل بعد توقعك عن الحصول على المساعدة المؤقتة أو مديكيد ما لم تطلب إغلاق قضية إعانة الطفل. كما يتم تقديم خدمات إعانة لطفل موضوع في رعاية بالتبني ويمكن الاستمرار بها بعد انتهاء الوضع في الرعاية بالتبني. فإذا عاد الطفل إليك بعد تسريحه من الرعاية بالتبني، فسوف تستمر خدمات إعانة الطفل ما لم تطلب خلاف ذلك. كما يمكن لطفل دون سن 21 أو والد(ة) غير وصي أو والد(ة) مفترض (مدعي) تقديم طلب لخدمات إعانة الطفل أو أن يكون مؤهلاً لها.

#### التكليف والتعاون في إعانة الطفل

إذا كنت مقدم طلب/مستملاً للمساعدة المؤقتة للطفل، أو مديكيد لنفسك والطفل، أو كان طفلك في رعاية بالتبني وفق الباب Title IV-E، فعليك تكليف حقوقك للإعانة بنفسك وأية حقوق للإعانة نيابة عن أية فرد في العائلة تقدم طلباً له، أو تحصل على مساعدة له، وذلك لدى الخدمات الاجتماعية في المنطقة. بالنسبة لمقدمي طلبات/مستلمي مديكيد، فإن هذا التكليف محدود بالإعانة الطبية فقط. عند تقديم طلب، أو الحصول على مساعدة مؤقتة، فإن تكليفك بحقوق الإعانة يكون محدوداً بالإعانة التي تتم خلال الفترة التي تحصل فيها أنت أو فرد العائلة على المساعدة. يجب عليك تكليف حقوق الإعانة هذه، ما لم تدعي سبباً وجيهاً أو عنفاً منزلياً لعدم القيام بذلك، أو التعاون مع وحدة تطبيق إعانة الطفل من أجل:

- تحديد مكان الوالدين غير الوصييين والآباء المفترضين، بمن فيهم الآباء البيولوجيون أو زوج الأم أو زوجة الأب؛
- تأكيد الأبوة لكل طفل مولود خارج نطاق الزواج تقدم له طلباً، أو تحصل له على مساعدة مؤقتة، مديكيد، أو رعاية بالتبني وفق Title IV-E؛
- تحديد، تعديل، أو تكييف أوامر الإعانة؛ و

• تحصيل وتطبيق أوامر الإعانة من خلال وحدة تحصيل الإعانة.

إذا كنت تحصل على المساعدة المؤقتة للطفل أو مديكيد للطفل ولنفسك، فستتم معاقبتك للإخفاق في التعاون إلا بوجود سبب وجيه أو عنف منزلي، إذا انطبق.

#### خدمات إعانة الطفل المقدمة

يتم توفير الخدمات التالية من قبل وحدة تطبيق إعانة الطفل حسب الملائم، بتعاونك:

- تأسيس سجل للقضية.
- موقع الوالد(ة) غير الوصي أو الأب المفترض، بما في ذلك الحصول على معلومات عن العناوين، التوظيف، المصادر الأخرى للدخل والأصول، وتغطية الرعاية الصحية.
- المساعدة في تأكيد الأبوة (الأبوة القانونية) لطفل مولود لأبوين غير متزوجين بالإقرار الطوعي بالأبوة أو بتقديم التماس لدى المحكمة.
- المساعدة في تقديم التماسات المحكمة لتأكيد وتعديل أمر إعانة وفقاً لإرشادات إعانة الطفل لولاية نيويورك، بما في ذلك الحصول على معونات للتأمين الصحي، إن توفر، من أي من الوالدين.
- المساعدة في عمل أمر إعانة مدفوع لوحدة تحصيل الإعانة.
- تحصيل وتوزيع دفعات الإعانة. وقد يتضمن هذا الأمر تحصيل وتوزيع إعانة الطفل؛ إعانة الطفل والزوجة؛ النفقات التعليمية؛ نفقات رعاية الطفل؛ والإعانة الطبية النقدية، إذا كانت أي من هذه واردة في أمر الإعانة المدفوع من خلال وحدة تحصيل الإعانة.
- تطبيق التزامات الإعانة باستعمال كافة الحلول الإدارية المتوفرة بما فيها، على سبيل المثال: الاقتطاع من الدخل من التوظيف، المعونات، أو غيرها من أشكال الدخل؛ اعتراض إقرارات الضريبة الفيدرالية وولاية نيويورك؛ الحجز على الأصول؛ التبليغ عن ديون الإعانة؛ تعليق ميزات القيادة للآباء غير الأوصياء في ولاية نيويورك؛ والإحالة إلى إدارة الضريبة والمالية في ولاية نيويورك للتحصيل. كما يتم تطبيق معونات التأمين الصحي المعمول بها بأمر من المحكمة وذلك من قبل وحدة تطبيق إعانة الطفل.

- رفع التماسات مخالفة وادعائها لتطبيق أمر إعانة من خلال المحكمة عندما تفشل الحلول الإدارية.
- الخدمات القانونية (اختياري بالنسبة لمقدم الطلب) حال توقيع اتفاقية حق الاسترداد للخدمات القانونية (LDSS-4920) لإجراءات المحكمة. سيتم استرداد التكاليف للخدمات القانونية.
- خدمات إعانة الطفل المذكورة أعلاه حيث يعيش الآباء في مقاطعات، ولايات، أو بلدان أخرى.
- استمرارية خدمات إعانة الطفل المذكورة أعلاه عندما لا يظل فرد في العائلة مؤهلاً للمساعدة المؤقتة، مديكيد، أو الرعاية بالتبني.
- الموقع الإلكتروني لإعانة الطفل في ولاية نيويورك: [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov)
- الخط الساخن لخدمة العملاء لإعانة الطفل في ولاية نيويورك هو 888-208-4485.

### معلومات عن التزامات إعانة الطفل الأساسية

يمكن لوحدة تطبيق إعانة الطفل مساعدتك في تأكيد أو تعديل أمر إعانة الطفل حسب إرشادات إعانة الطفل لولاية نيويورك. التزامات إعانة الطفل الأساسية (BCSO) تتضمن التزاماً على أساس نسبة، توفير تغطية للتأمين الصحي و/أو إعانة طبية نقدية، نفقات رعاية الطفل، والنفقات التعليمية للطفل، إذا حددت ذلك المحكمة (راجع قسم 413 من قانون المحكمة الأسرية).

**الالتزام على أساس النسبة:** يتم تحديد الحساب الأساسي المدفوع من قبل الوالد(ة) غير الوصي باستعمال نسبة ثابتة من مجموع دخل الوالدين، حسب عدد الأطفال المعنيين.

طفل 1.....	17%	مثال:
طفلان 2.....	25%	الحصة النسبية لدخل الوالد(ة) غير الوصي المتوفرة
3 أطفال.....	29%	للإعانة بمبلغ 25,000 دولار. لطفل واحد، تطبيق الإرشادات
4 أطفال.....	31%	نسبة ينتج عنها التزام على أساس نسبة سنوية بقيمة 4,250 دولار
5 أو أكثر... على الأقل	35%	(أي 17% من 25,000 دولار).

تنطبق إرشادات النسبة على مجموع دخل الوالدين الذي يصل إلى 136,000 دولار (ناقص مديكير، الضمان الاجتماعي، ضريبة مدينة نيويورك أو Yonkers، بعض نفقات الأعمال التي فيها موظفين التي لا يتم تعويضها، بعض أشكال النفقة أو الصيانة المدفوعة أو المراد دفعها، وبعض أشكال إعانة الطفل المدفوعة بالفعل). "الدخل" يعني الدخل المذكور في إقرارات الضريبة الفيدرالية، ولغير ما هو مذكور في إقرارات الضريبة، معونات تعويض العمال، ودفعات الإعاقة، ومعونات البطالة، ومعونات الضمان الاجتماعي، ومعونات المحاربين القدامى، والمعاشات وأشكال الدخل الأخرى. ما هو فوق 136,000 دولار (الذي سيزيد في 2014 وكل سنتين بعدها مع تغييرات في مؤشر أسعار المستهلك لجميع المستهلكين المدنيين) فستحدد المحكمة استعمال إرشادات النسبة أم لا. قد تخرج المحكمة عن إرشادات النسبة حسب العوامل المذكورة في قانون محكمة العائلة القسم 1413(f).

**التزام الدخل المتدني:** عندما يتم تحديد دخل الوالدين غير الوصيين من قبل المحكمة على أنه يعادل أو دون مستوى الفقر الفيدرالي لشخص واحد، يكون مبلغ الإعانة المفترض 25 دولاراً في الشهر. وعندما يتم تحديد الدخل على أنه يعادل أو دون مستوى احتياطي الإعانة الذاتية (135%) من مستوى الفقر الفيدرالي، لكنه فوق مستوى الفقر الفيدرالي، يكون مبلغ الإعانة المفترض 50 دولاراً في الشهر.

**عناصر الإعانة الإضافية:** يجب على المحكمة تحديد التزام الأطراف لتقديم معونات التأمين الصحي، دفع الإعانة الطبية النقدية تجاه كلفة التأمين الصحي أو التغطية العامة، ودفع نفقات الرعاية الصحية الأخرى التي لا يغطيها التأمين. يمكن تقديم تغطية للرعاية الصحية من خلال جهة حكومية أو والد(ة) من خلال رب عمل أو منظمة، أو من خلال التأمين الصحي المتوفر أو خطط تغطية الرعاية الصحية الأخرى. ويجب زيادة (BCSO) كذلك لتغطية نفقات رعاية الطفل المعقولة إذا كان الوالد(ة) غير الوصي يعمل، في مدرسة، أو في برنامج تدريب مهني. وإذا كان الوالد(ة) الوصي يبحث عن عمل ويتكبد نفقات رعاية الطفل، فقد تحدد المحكمة حصة الوالد(ة) غير الوصي في هذه النفقات. كما قد تزيد المحكمة من (BCSO) لتغطية النفقات التعليمية المعقولة للطفل.

**الرعاية بالتبني والتزامات إعانة الطفل:** في حالات الرعاية بالتبني، يكون كلا الوالدين غير وصيين وعليهما التزام بدفع الإعانة على أساس إرشادات إعانة الطفل. لكن، عندما يكون مبلغ الإعانة المحدد وفق الإرشادات أكثر من تكاليف الرعاية بالتبني، فإن وحدة تطبيق إعانة الطفل قد ترى أمام المحكمة أن مبلغ الإعانة غير عادل أو غير ملائم وأنه لا ينبغي أن يزيد مبلغ الإعانة المأمور بدفعه عن التكاليف الفعلية للرعاية بالتبني زائداً أية تكاليف تلحق بتكاليف المساعدة الطبية المدفوعة نيابة عن الطفل.

**تعديل الأوامر:** يمكن لوحدة تطبيق إعانة الطفل مساعدتك في رفع التماس لتعديل أمر إعانتك، إذا لزم الأمر. ولكل من الطرفين الحق في طلب تعديل على أمر الإعانة استناداً إلى إظهار تغيير حقيقي في الظروف. إذا كان الأمر نافذاً اعتباراً من 13 أكتوبر/تشرين الأول 2010 أو بعده، فلن يكون الحبس مانعاً للعثور على تغيير حقيقي في الظروف شريطة ألا يكون هذا الحبس نتيجة لعدم دفع أمر إعانة الطفل، أو جنائية ضد الوالد(ة) الوصي أو الطفل موضوع الأمر أو الحكم. كما، وفي ظل ظروف معينة وفقاً لقانون محكمة العائلة القسم 451(2)(b)، يمكن تعديل أمر إعانة استناداً إلى الآتي: (1) مرور ثلاثة أعوام على إصدار الأمر، أو آخر تعديل أو تغيير عليه؛ أو (2) تغيير في الدخل الإجمالي لأي من الطرفين بنسبة خمسة عشر بالمائة منذ إصدار الأمر، أو آخر تعديل أو تغيير عليه. وأسس (1) و(2) لطلب تعديل على أمر الإعانة لا تنطبق إذا:

- تم إصدار الأمر الأصلي قبل 13 أكتوبر/تشرين الأول 2010؛ أو
- دخول الأطراف في اتفاقية منفذة بشكل سار أو شرط قبل 13 أكتوبر/تشرين الأول 2010 تم تسجيلها في الأمر الأصلي للإعانة؛ أو
- اختيار الأطراف بالتحديد الخروج من الأسس في (1) و/أو (2) في اتفاقية منفذة بشكل سار أو شرط تم الدخول فيه بتاريخ 13 أكتوبر/تشرين الأول 2010 أو بعده.

**كلفة تعديل المعيشة:** في كل سنتين تقوم وحدة تطبيق إعانة الطفل بمراجعة الحساب لتحديد ما إذا كان الحساب مؤهلاً لكلفة تعديل المعيشة (COLA). يكون أمر الإعانة مؤهلاً لـ (COLA) إذا: مضى عامان على الأقل منذ صدور الأمر أو تعديله من قبل المحكمة، أو آخر مرة يتلقى فيها (COLA)؛ و(2) كان مجموع معدل التغييرات السنوية في مؤشر أسعار المستهلك لجميع المستهلكين المدنيين 10% أو أعلى منذ دخول آخر أمر. يتم عمل تغييرات (COLA) من دون التوجه إلى المحكمة. في حالات المساعدة غير المؤقتة، يتم إرسال إشعار إلى كلا الطرفين عندما يكون الحساب مؤهلاً للحصول على (COLA)، ويمكن لأي من الوالدين طلب التغيير. بالنسبة للحالات التي يكون فيها الوالد(ة) الوصي أو الطفل على المساعدة المؤقتة، فإنه يتم عمل (COLA) بصورة تلقائية عندما يصبح الحساب مؤهلاً - من دون طلب التغيير من قبل أي من الوالدين.

### فهم خدمات إعانة الطفل المقدمة

سوف تقوم وحدة تطبيق إعانة الطفل بتقديم كافة خدمات إعانة الطفل التي تعتبر مناسبة لقضيتكم كما هي محددة في القانون الفيدرالي وقانون ولاية نيويورك والقواعد. وبمساعدتكم وتعاونكم، يمكن توفير الخدمات لكم طوال مدة استحقاق دفعات إعانة الطفل. لكن إذا كان متلقي الخدمات لا يحصل على مساعدة مؤقتة أو مديكيد، فإنه يمكن غلق قضية إعانة الطفل لعدد من الأسباب أدناه:

- تعذر تأكيد الأبوة؛
  - تعذر العثور على مكان الوالد(ة) غير الوصي/الأب المفترض بعد بذل الجهد الحثيث أو أنه محبوس بدون فرصة الخروج بكفالة، أو موضوع في مؤسسة تأهيلية، أو معوق بشكل دائم بدون القدرة على دفع الإعانة؛
  - إخفاق متلقي الخدمات في التعاون أو تقديم معلومات ضرورية للخطوة التالية في تقديم الخدمات؛
  - طلب متلقي الخدمات الخطي غلق القضية؛ أو
  - عدم تمكن وحدة تطبيق إعانة الطفل من الاتصال بمتلقي الخدمات عبر الهاتف أو البريد.
- لكي تستمر وحدة تطبيق إعانة الطفل في تزويدكم بخدمة فعالة، يجب عليكم الاتصال بوحدة تطبيق إعانة الطفل للتبليغ عن أي تغيير في عنوانكم أو رقم هاتفكم، أو التبليغ عن أية معلومات عن الوالد(ة) الآخر للطفل الذين تطلبون له إعانة طفل.

## القسم 2 - الحقوق والواجبات الناتجة عن تأكيد الأبوة وحق الحصول على إشعار المرافعات القانونية

### الحقوق والواجبات على تأكيد الأبوة

- يتم تأكيد الأبوة عندما يوقع الوالدين على إقرار طوعي بالأبوة أو عندما تحدد المحكمة أب الطفل وتصدر "أمر بنوة".
- وفق قانون ولاية نيويورك، يكون الوالد(ة) غير الوصي مكلفاً بالمحكمة بدفع الإعانة إلى أن يصبح عمر الطفل 21 سنة.
- ويحصل الطفل على حقوق الميراث من والده أو والدته. كما يكون للوالدين حق الميراث من طفلهما.
- وقد يكون الطفل مؤهلاً للحصول على معونات وفاة أو إعاقاة إذا توفى أي من الوالدين أو أصبح معوقاً بشكل دائم.
- للوالد(ة) غير الوصي الحق في طلب التزاور و/أو الوصاية على الطفل من المحكمة.
- وبصفة عامة يكون للوالد(ة) غير الوصي كذلك الحق في إشعار مرافعات التبني والرعاية بالتبني.

### حقوق الحصول على المعلومات بخصوص المرافعات القضائية

لكم الحق في البقاء على اطلاع بوقت، وتاريخ، ومكان انعقاد أية مرافعات قضائية متعلقة بكم. وسيتم تزويدكم بنسخة من أي أمر يؤكد، يعدل، يغير، أو يطبق أمر إعانة، أو أي أمر يرفض الالتماس.

## القسم 3 - سياسات إعانة الطفل

### مسائل السلامة

إذا كانت لديكم مخاوف من أن طلب تأكيد أو تطبيق أمر إعانة سوف يشكل خطراً من أذى عليكم أو على الطفل، اتصلوا بوحدة تطبيق إعانة الطفل لمناقشة هذه المخاوف. يمكن لوحدة تطبيق إعانة الطفل مساعدتكم في منع ظهور عنوانكم أو أية معلومات أخرى تحدد شخصيتكم في وثائق المحكمة أو الوثائق الأخرى المتعلقة بقضية إعانة الطفل الخاصة بكم.

وسوف تمنع وحدة تطبيق إعانة الطفل الكشف عن معلومات الموقع إذا تم طلب ذلك من قبل أي شخص، إذا قدم ذلك الشخص دليلاً على:

- أنه يسكن في ملجأ من العنف المنزلي؛
- أنه تم الدخول في أمر حماية؛
- أن محكمة ما حددت أن الاتصال بالوالد(ة) غير الوصي يشكل خطر الأذى البدني أو الإحساسي للطفل أو الوالد(ة) غير الوصي؛
- أنه تم تحديد سبب وجيه من قبل المساعدة المؤقتة أو عامل مديكيد؛ أو
- أن مسؤول ارتباط العنف المنزلي قد حدد أن هناك سبباً للاعتقاد بأن الكشف عن معلومات الموقع قد ينجم عنه أذى بدني أو شعوري للوالد(ة) غير الوصي أو الطفل.

إذا تحددت إحالة قضيتكم إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل كشرط لاستلام المساعدة المؤقتة للطفل وكنتم تخشون أنكم أنتم أو الطفل سوف تتعرضون لخطر العنف المنزلي أو من قبل العائلة إذا تم تأكيد الأبوة أو أمر الإعانة أو تطبيقهما، فستتم إحالتكم في البداية إلى مسؤول ارتباط العنف المنزلي من قبل عامل المساعدة المؤقتة. ويمكن لمسؤول ارتباط العنف المنزلي منحكم تنازلاً كاملاً أو جزئياً عن شرط التعاون مع وحدة تطبيق إعانة الطفل. فإذا كنتم تقدمون طلباً لـ مديكيد لنفسك أو للطفل، فبإمكانكم ادعاء السبب الوجيه الذين يحول دون تعاونكم مع وحدة تطبيق إعانة الطفل لدى عامل مديكيد إذا:

- كان من المتوقع أن ينجم عن التعاون أذى بدني أو شعوري ذو طبيعة خطيرة على الطفل المطلوب له الإعانة؛

- كان من المتوقع أن ينجم عن التعاون أذى بدني أو شعوري ذو طبيعة خطيرة على الوالد(ة)، قريب مقدم الرعاية، أو الممنوح ما يكفي لإعاقة قدرة مقدم الرعاية عن رعاية الطفل بصورة ملائمة؛
- تم الحمل بالطفل من زنا محارم أو اغتصاب قهري؛ أو
- كان تبني الطفل معروض أمام المحكمة، أو كان مقدم الرعاية يحصل على خدمات استشارية لما قبل التبني (لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر بعد ولادة الطفل).

في حالات الرعاية بالتبني، يحدد عامل الرعاية بالتبني ملائمة الإحالة إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل. تُمنع الإحالة بصورة قانونية وفق ظروف محددة، تشمل المواقف التي تؤثر بصورة سلبية على صحة، سلامة أو رفاه الطفل أو الأطفال الآخرين في البيت.

### حماية المعلومات الشخصية وسريتها

يجب على وحدة تطبيق إعانة الطفل حماية خصوصية، نزاهة، إمكانية الوصول إلى، واستعمال معلوماتكم الشخصية. وهذا يتضمن البيانات المحصلة من قضية إعانة طفل والمحافظة في نظام كمبيوتر برنامج إعانة الطفل. وأية معلومات تقدموها يمكن التصريح بها فقط إلى الأشخاص المخولين للأسباب التي يخولها القانون.

**استعمال أرقام الضمان الاجتماعي:** إن الكشف عن أرقام الضمان الاجتماعي للوالد(ة) الوصي، الوالد(ة) غير الوصي، الأب المفترض، والطفل مطلوب بالقانون الفيدرالي (42 USC 666). وسوف تستخدم وحدة تطبيق إعانة الطفل أرقام الضمان الاجتماعي بغرض تحديد أماكن الآباء، تأكيد الأبوة، و/أو تأكيد، تعديل وتطبيق أمر الإعانة؛ لتطبيق بعض برامج المعونات العامة؛ أو بما يسمح به القانون بخلاف ذلك. كما سوف تخضع أرقام الضمان الاجتماعي هذه للتحقق من خلال إدارة الضمان الاجتماعي.

### سياسة التوزيع

يتم توزيع دفعات الإعانة وفقاً لقواعد التوزيع الفيدرالية وفي ولاية نيويورك. ويستند توزيع دفعات الإعانة على تاريخ إيصال الدفع على النحو التالي:

- **إذا كان الوالد(ة) الوصي يحصل على مساعدة مؤقتة،** فسيتم دفع تحصيلات إعانة الطفل إلى الولاية وإلى الخدمات الاجتماعية في المنطقة لتعويض عن إجمالي مبلغ المساعدة المؤقتة الذي تم دفعه إلى الوالد(ة) الوصي. سيتم الدفع للوالد(ة) الوصي إعانة طفل "عبر-من خلال" من الإعانة الحالية المحصلة كل شهر إضافة إلى المساعدة المؤقتة. الـ "عبر-من خلال" هو مبلغ يصل إلى 100 دولار في الشهر من الإعانة الحالية المحصلة أو ما يصل إلى مبلغ الالتزام الحالي بالإعانة، أيهما أقل، لأي فرد في البيت لديه فرد واحد دون سن 21 قضيته في المساعدة المؤقتة فعالة. مبلغ الـ "عبر-من خلال" المدفوع للعائلة يزداد ليصل 200 دولار في الشهر من الإعانة الحالية المحصلة أو ما يصل إلى مبلغ الالتزام الحالي بالإعانة، أيهما أقل، للعائلات التي تحصل على مساعدة مؤقتة ولديها فردين أو أكثر دون سن 21 قضيتهم في المساعدة المؤقتة فعالة. سيتم الدفع للوالد(ة) الوصي أية إعانة يتم تحصيلها بعد تعويض إجمالي المساعدة المؤقتة المدفوعة للوالد(ة) الوصي.
- **إذا حصل الوالد(ة) الوصي في السابق على مساعدة مؤقتة،** فسيتم استخدام تحصيلات إعانة الطفل في البداية لدفع الإعانة الحالية إلى الوالد(ة) الوصي ثم دفعات للمتأخرات من الإعانة/المستحقات السابقة المطلوبة إلى الوالد(ة) الوصي ومن ثم للمتأخرات من الإعانة/المستحقات السابقة المطلوبة للخدمات الاجتماعية في المنطقة لتعويض المساعدة السابقة الممنوحة. لكن سيتم دفع التحصيلات المحصلة من مقاصة إقرارات الضريبة الفيدرالية في البداية لسداد أية متأخرات من الإعانة/المستحقات السابقة المطلوبة للخدمات الاجتماعية في المنطقة لتعويض المساعدة السابقة الممنوحة ومن ثم للمتأخرات من الإعانة/المستحقات السابقة المطلوبة للوالد(ة) الوصي. سيتم الدفع للوالد(ة) الوصي أية إعانة يتم تحصيلها بعد تعويض إجمالي المساعدة المؤقتة المدفوعة للوالد(ة) الوصي.
- **إذا كان الوالد(ة) الوصي لم يتلق قط مساعدة مؤقتة،** فسوف يحصل الوالد(ة) الوصي على كامل مبلغ الإعانة المحصل والمطلوب، باستثناء رسوم الخدمة السنوية واسترداد تكاليف الخدمات القانونية، إذا انطبقت.
- **إذا كان الوالد(ة) الوصي يحصل على مديكيد،** فسيتم دفع دفعات الإعانة الطبية إلى الولاية وإلى الخدمات الاجتماعية في المنطقة لتعويض عن إجمالي مبلغ مديكيد الذي تم دفعه إلى مزود خدمة.
- **إذا كان الطفل يحصل على رعاية بالتبني،** فسيتم دفع الإعانة المحصلة إلى الخدمات الاجتماعية في المنطقة. أية إعانة محصلة تتجاوز دفعات صيانة الرعاية بالتبني سيتم دفعها إلى الخدمات الاجتماعية في المنطقة والتي تشرف على إلحاق الطفل والرعاية بالتبني لاستخدامها بالطريقة التي تحدد أنها تخدم المصالح الفضلى للطفل.

## القسم 4 - الخدمات القانونية واسترداد التكلفة

### الخدمات القانونية

إذا كان طفلكم لا يستلم مساعدة مؤقتة أو مديكيد، أو لم يكن طفلكم في رعاية بالتبني، فيمكنكم طلب خدمات قانونية لتأكيد الأبوة أو لتأكيد، تعديل أو تطبيق أمر إعانة الطفل. نرجو الملاحظة بأن خدمات المحامي ليست بالضرورة مطلوبة لمتابعة قضية إعانة طفل. لكن إذا طلبتم خدمات قانونية، فسوف تخبركم وحدة تطبيق إعانة الطفل بكلفة هذه الخدمات. ويكون المحامي المكلف بقضيتكم هو الممثل القانوني لمفوض الخدمات الاجتماعية في المنطقة ولا يمثلكم شخصياً. ويكون تمثيل المحامي في هذه المسألة محدوداً بتأكيد الأبوة وتأكيد، تعديل، تغيير، وتطبيق التزامات الإعانة. ولن يتعامل محام الخدمات الاجتماعية في المنطقة مع قضايا الوصاية، التزاور، أو القضايا الأخرى غير المرتبطة بإعانة الطفل. وأية معلومات، خطية أو شفوية، تقدمونها إلى محامي الخدمات الاجتماعية في المنطقة أو موظف فيها قد لا تظل قيد السرية، بما في ذلك المعلومات التي تشير إلى احتيال على نظام المعونة الاجتماعية (ولفير) يجب التبليغ عنه إلى الجهات المختصة.

إذا كانت لديكم أية أسئلة بخصوص الخدمات القانونية، تحدثوا إلى عامل إعانة الطفل. وإذا رغبت في توكيل ممثل قانوني من طرفكم، اتصلوا بالخدمات الاجتماعية أو منظمة المساعدة القانونية للحصول على مساعدة أو خدمات من محامي من القطاع الخاص من اختياركم وعلى نفقتكم الخاصة.

### استرداد التكاليف للخدمات القانونية

سيتم استرداد التكاليف من قبل وحدة تطبيق إعانة الطفل عن الخدمات القانونية المقدمة حال إكمال اتفاقية حق استرداد الخدمات القانونية (-LDSS 4920).

وسوف تسترد وحدة تطبيق إعانة الطفل الكلفة بمعدل 25% من التزامكم الحالي بالإعانة من الإعانة المحصلة، أو إذا كنتم الوالد(ة) غير الوصي، فسيتم استرداد الكلفة بمعدل 25% من التزام الإعانة الحالي أو الدفعات المطلوب منكم عملها، وسيتم إضافتها إلى التزام الإعانة الذي تدفعون إلى أن يتم تعويض الكلفة. وسيتم تسجيل كل دفعة تحصل عليها وحدة تحصيل الإعانة على الحساب حسب التوزيع الهرمي المبين في القسم 3 تحت سياسة التوزيع. وهذا يعني أنه سيتم دفع كافة متأخرات الإعانة/المستحقات السابقة بالكامل قبل تسوية تكاليف الخدمات القانونية.

### **القسم 5 – رسوم الخدمة السنوية**

إذا كان الوالد(ة) الوصي يحصل على خدمات إعانة طفل ولم يحصل قط على مساعدة من خلال برنامج (TANF) (يُعرف سابقاً باسم مساعدة العائلات التي لديها أطفال معالون [AFDC])، في ولاية نيويورك أو أية ولاية أخرى وكانت إعانة الطفل تُدفع للعائلة، فسيتم فرض رسوم سنوية قيمتها 25 دولاراً إذا تم تحصيل أكثر من 500 دولار للإعانة خلال السنة المالية الفيدرالية (1 أكتوبر/تشرين الأول – 30 سبتمبر/أيلول). عند تحصيل 500 دولار للإعانة، تقوم وحدة تحصيل الإعانة بصورة تلقائية بحجز مبلغ الـ 25 دولار التالية التي يتم تحصيلها خلال السنة المالية الفيدرالية لدفع الرسوم. إذا كان لدى الوالد(ة) الوصي حسابات مع أكثر من والد(ة) غير وصي وكان كلا الوالدين غير الأوصياء قد دفعوا ما يزيد عن 500 دولار، فسيتم فرض رسوم منفصلة بقيمة 25 دولار عن كل حساب. لا يجب على مقدمي الطلبات/مترقي الإعانة دفع رسوم الـ 25 دولار لخدمات إعانة الطفل التي يتم الحصول عليها لـ مديكيد أو مساعدة شبكة الأمان، أو للخدمات المقدمة للأطفال الموضوعين في رعاية التبني، حيث لا يتم دفع إعانة الطفل للعائلة.

### **القسم 6 – الدفع ومعلومات الاتصال**

#### **خيارات الدفع**

يقدم الآباء غير الأوصياء دفعات إعانة الطفل بصور رئيسية من خلال اقتطاع الدخل. لكن يمكن للآباء غير الأوصياء تقديم الدفعات مباشرة إلى مركز معالجة إعانة الطفل في ولاية نيويورك في بعض الظروف (كأن يكون أمر الإعانة قد تأكد حديثاً ولم يدخل اقتطاع الدخل حيز التنفيذ بعد، أو كان الوالد(ة) غير الوصي ذاتي التوظيف أو لا رب عمل له). يمكن عمل الدفعات بشيكات من الصراف، شيكات مصدقة، وأوامر دفع مال. كما يمكن عمل الدفعات من خلال تحويل الأموال الإلكتروني وبطاقة الائتمان. ولا يقبل مركز المعالجة دفعات نقدية. زوروا الموقع الإلكتروني لإعانة الطفل في ولاية نيويورك [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov) أو اتصلوا بالخط الساخن لخدمة عملاء إعانة الطفل في ولاية نيويورك على الرقم 888-208-4485 (خدمة الهاتف النصي: 866-875-9975) لمزيد من المعلومات عن طرق الدفع هذه. يجب أن تتضمن جميع الدفعات معرف الحالة في نيويورك ودفعها لصالح وإرسالها إلى: **New York State Child Support Processing Center, PO Box 15363, Albany NY 12212-5363**

#### **خدمة العملاء/معلومات الحساب**

يمكنكم الحصول على أجوبة على الأسئلة العامة المتعلقة بإعانة الطفل أو معلومات حسابكم بالاتصال على الخط الساخن لخدمة عملاء إعانة الطفل في ولاية نيويورك على الرقم 888-208-4485 (الهاتف النصي: 866-875-9975) – خدمة التحويل <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers> أو عبر الموقع الإلكتروني [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov). يجب توفر رقم تعريف شخصي (PIN) للموقع الإلكتروني والخط الساخن لخدمة عملاء إعانة الطفل في ولاية نيويورك. يمكنكم طلب رقم (PIN) بالاتصال بالخط الساخن لخدمة العملاء لإعانة الطفل في ولاية نيويورك.

**احتفظوا بالصفحات من 1 إلى 6 لسجلاتكم افصل الطلب/الإحالة إلى خدمات إعانة الطفل، الصفحات 1-A إلى 8-A، لإكماله وتقديمه إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل.**

## طلب/إحالة إلى خدمات إعانة الطفل

احتفظوا بالصفحات من 1 إلى 7 لسجلتكم أفضل/إحالة إلى خدمات إعانة الطفل، الصفحات A-1 إلى A-8، لإكماله وتقديمه إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل (CSEU). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لغوية لإكمال هذه الاستمارة، الرجاء زيارة وحدة (CSEU) المحلية لكي يتم تقديم خدمات الترجمة التحريرية و/أو الترجمة الشفهية. إذا كنت تعاني من أية إعاقة تمنعك من إكمال هذه الاستمارة و/أو تنتظر لتتم مقابلتك، الرجاء إخطار (CSEU). وسوف تتخذ الوكالة الجهود المناسبة لتقديم تسهيلات معقولة لك.

### القسم A – معلومات مقدم الطلب/المتلقي

اللغة الرئيسية		ما هي لغتك الرئيسية؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> غيرها (حدد)	
مسائل السلامة		هل لديك سبب للاعتقاد أنك بسعيك للحصول على أمر أبوة أو إعانة طفل فإن سلامة الطفل ستكون محل خطر، أو تعتقد أن لديك سبباً وجيهاً لعدم التعاون مع (CSEU)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا "نعم"، <b>توقف</b> هنا وناقش مخاوفك مع (CSEU).	
صلة مقدم الطلب/المتلقي بالطفل		ملاحظة: <b>الوالدة (CP)</b> الوصي (CP) هو الوالدة الذي يسكن الطفل معه في أغلب (أكثر من 50%) الوقت. <b>ولي الأمر</b> هو شخص ليس بوالد، لكن له ولاية مادية على طفل واحد على الأقل دون سن 21. إذا كان الطفل يسكن مع ولي الأمر على أساس يومي، فيكون لولي الأمر الولاية المادية على الطفل. الولاية المادية تختلف عن الولاية القانونية أو الصادرة من المحكمة. <b>الوالدة (غير الوصي (NCP))</b> هو والد (ة) ليس عليه رعاية أو له ولاية رئيسية للطفل، لكن تقع على عاتقه دفع إعانة الطفل. <b>الأب المفترض (PF)</b> هو رجل قد يكون أب الطفل، لكنه لم يكن متزوجاً من أم الطفل قبل ولادة الطفل ولم يؤكد أنه الأب في مراجعة محكمة أو بالإقرار بالأبوة. <b>الطفل</b> هو فرد دون سن 21 يُطلب له إعانة. <b>غير ذلك</b> هو فرد لا تنطبق عليه أية خيارات أخرى مذكورة. حدد صلتك بالطفل موضوع القضية: أنا (اختر واحداً): <input type="checkbox"/> والدة (ة) وصي <input type="checkbox"/> ولي أمر <input type="checkbox"/> والدة (ة) غير وصي <input type="checkbox"/> أب مفترض <input type="checkbox"/> الطفل <input type="checkbox"/> غير ذلك (أكمل الأجزاء 1-3 من القسم A والقسمين B و C) هذه هي: <input type="checkbox"/> إحالة الرعاية بالتبني (FC) لمفوض الخدمات الاجتماعية في المنطقة (SSD) أو مكتب خدمات الأطفال والعائلات (OCFS) (أكمل القسم A، الأجزاء 2-4، والقسم B فقط. إذا كانت الإعانة مطلوبة من أكثر من (NCP) واحد، فإنه يجب إكمال نسخة من الجزء 2 أو استمارة (LDSS-4882B) لـ (NCP) الأخر). توجه إلى الجزء 2.	
تاريخ إعانة الطفل لمقدم الطلب/المتلقي		<input type="checkbox"/> لم أتلقى خدمات إعانة طفل للطفل قط. <input type="checkbox"/> تلقيتُ خدمات إعانة طفل، لكن تم إغلاق قضيتي بتاريخ: شهر _____ سنة _____، في مقاطعة _____ ولاية _____. <input type="checkbox"/> أنا أتلقى خدمات إعانة طفل. قضيتي في مقاطعة _____، ولاية _____ معرف القضية _____.	
تاريخ المساعدات المؤقتة لمقدم الطلب/المتلقي		هل تتلقى أو تلقيت قط مساعدة فيدرالية وفق أحكام الباب IV-A Title، التي تُعرف حالياً باسم برنامج المساعدات المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) وسابقاً باسم برنامج مساعدة العائلات ذات الأطفال المعالين (AFDC)، في ولاية نيويورك أو أية ولاية أخرى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدخل تاريخ آخر مساعدة لك. شهر/يوم/سنة _____ / _____ / _____ أين تلقيت المساعدة؟ مقاطعة _____ ولاية _____ هل تتلقى أو تلقيت قط مساعدة شبكة الأمان لولاية نيويورك (سابقاً تُعرف باسم برنامج إغاثة البيوت)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أدخل تاريخ آخر مساعدة لك. شهر/يوم/سنة _____ / _____ / _____ أين تلقيت المساعدة؟ مقاطعة _____ ولاية _____	
<b>الجزء 1 – معلومات الوالدة (CP) أو ولي الأمر</b>			
اسم (CP) أو ولي الأمر	الأول	الأوسط	الأخير
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	-	رقم تعريف دافع الضريبة الفردي (ITIN)	شهر/يوم/سنة _____ / _____ / _____ تاريخ الميلاد
الجنس	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	العرق/الإثنية (اختياري)	<input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي أصلي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> هاواي أصلي أو من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> أبيض، من غير الأصول الإسبانية <input type="checkbox"/> غير ذلك
اللغة الرئيسية	ما هي اللغة الرئيسية لـ (CP) أو ولي الأمر؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> غيرها (حدد)		
<b>الجزء 1 – معلومات الوالدة (CP) أو ولي الأمر (تتمة)</b>			
البريد المستلم لعناية (إذا كان غير (CP) أو ولي الأمر)	الأول	الأوسط	الأخير
رقم شارع	طابق/شقة/جناح	المدينة	الولاية
العنوان البريدي (الحالي أو)	رقم	الرمز البريدي	البلد

					آخر عنوان معروف من تاريخ (____/____/____)	
رقم شارع	طابق/شقة/جناح	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد	عنوان محل الإقامة (الحالي إذا كان مختلفاً عن البريدي)
المنزل ( )	الخلوي ( )	العمل ( )	أرقام الهواتف			
غير ذلك ( )	تفضيل الاتصال	أفضل وقت للاتصال	غير ذلك ( )			
المنزل	العمل	غير ذلك	عناوين البريد الإلكتروني			
الأول	الأوسط	الأخير	لواحق			
رقم شارع طابق/شقة/جناح		المدينة	الاتصال في الحالات الطارئة			
الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف ( )	عنوان البريد الإلكتروني			
هل كان (CP) متزوجاً من (PF)/(NCP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		تاريخ الزواج ____ / ____ / ____				
المدينة	الولاية	البلد	مكان الزواج			
هل (CP) منفصل عن (PF)/(NCP) الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		تاريخ الانفصال ____ / ____ / ____				
هل (CP) منفصل قانونياً عن (PF)/(NCP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		تاريخ الانفصال القانوني ____ / ____ / ____				
هل الطلاق من (NCP) معلق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		اسم المحكمة _____				
هل (CP) مطلق قانونياً من (PF)/(NCP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		تاريخ الطلاق ____ / ____ / ____				
رقم شارع طابق/شقة/جناح	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد	موقع المحكمة	
هل تزوج (CP) قط من شخص غير والد(ة) الطفل المذكور في هذا الطلب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						
إذا "نعم"، حدد تاريخ (تواريخ) الزواج واسم (أسماء) الأزواج أدناه. من ____ / ____ / ____ إلى ____ / ____ / ____ اسم الزوج(ة) من ____ / ____ / ____ إلى ____ / ____ / ____ اسم الزوج(ة)						
						اسم (CP) قبل الزواج
						اسم رب العمل
رقم شارع طابق/شقة/جناح	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد	معلومات رب عمل (CP)	
هل رب عمل/منظمة (CP) تقدم أو تعرض مزايا تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			هل (CP) مقيد فيها؟ <input type="checkbox"/> نعم (حدد) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
هل (CP) أو ولي الأمر مقيد في تغطية رعاية صحية عامة لطفل مذكور في استمارة الطلب/الإحالة هذه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			إذا "نعم"، حدد نوع تغطية الرعاية الصحية العامة: <input type="checkbox"/> مديكيد <input type="checkbox"/> برنامج (Family Health Plus) <input type="checkbox"/> برنامج (Child Health Plus: CHPlus) <input type="checkbox"/> غير ذلك الإسهام الشهري لـ (CP) أو ولي الأمر في برنامج (CHPlus): \$ _____			

الجزء 2 - معلومات الوالدة (غير وصي (NCP)/الأب المفترض (PF))									
إذا كان الدعم للطفل مطلوباً من أكثر من (NCP)/(PF) واحد في هذا الوقت، فإنه يجب إكمال استمارة (LDSS-4882B) أو نسخة من هذا الجزء لكل (NCP)/(PF). راجع الجزء 3 للمعلومات عن كيفية الحصول على استمارة (LDSS-4882B). <input type="checkbox"/> نسخة من الجزء 2 أو استمارة (LDSS-4882B) لـ (NCP)/(PF) الإضافيين مرفقة									
الاسم (NCP)/(PF)		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
اسم مستعار أو معروف به		الاسم قبل الزواج							
(SSN)		-		(ITIN)		-		شهر/يوم/سنة ____/____/____	
الجنس		<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		<input type="checkbox"/> أسبوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي أصلي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> أبيض، من غير الأصول الإسبانية		<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> هاواي أصلي أو من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> غير ذلك		الارتباط العرقي/الإثني	
اللغة الرئيسية		ما هي اللغة الرئيسية لـ (NCP)/(PF)؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> غيرها (حدد)							
وصف (NCP)/(PF)		الطول ____ قدم ____ إنش		الوزن _____ باوند		لون العينين		لون الشعر	
						<input type="checkbox"/> علامات <input type="checkbox"/> ندبات <input type="checkbox"/> وشم صف:			
الاسم الكامل لأب (NCP)/(PF)		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
الاسم الكامل لأم (NCP)/(PF) قبل زواجها		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
مكان ميلاد (NCP)/(PF)		المدينة		الولاية		البلد			
تاريخ آخر اتصال		شهر/يوم/سنة ____/____/____		صلة (NCP)/(PF) بمقدم الطلب:		ملاحظة: هذا الحقل غير منطبق على حالات (FC)			
البريد المستلم لعناية (إذا كان غير (NCP)/(FC))		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
العنوان البريدي (الحالي) أو آخر عنوان معروف من تاريخ (____/____/____)		رقم شارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
عنوان محل الإقامة (الحالي إذا كان مختلفاً عن البريدي)		رقم شارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
أرقام الهواتف		المنزل ( )		الخلوي ( )		العمل ( )			
		غير ذلك ( )		تفضيل الاتصال		أفضل وقت للاتصال <input type="checkbox"/> في البيت <input type="checkbox"/> الخلو <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> غير ذلك			
عناوين البريد الإلكتروني		المنزل		العمل		غير ذلك			
الاتصال في الحالات الطارئة		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
		رقم شارع		طابق/شقة/جناح		المدينة			

الولاية		الرمز البريدي	رقم الهاتف ( )	عنوان البريد الإلكتروني	
حالة الحبس		إذا كان (PF)/(NCP) محبوساً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		اسم المنشأة	
المنشأة العنوان		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
هل (PF)/(NCP) متزوج (كان متزوجاً) من شخص غير (CP) أو (NCP) الأخر في حالة (FC)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، أجب على أسئلة "الحالة الاجتماعية لـ (PF)/(NCP) بالنسبة لشخص غير الوالد(ة) الوصي (CP) أو (NCP) الأخر في حالة الرعاية بالتبني (FC)" التالية. إذا "لا" أو "غير معروف"، توجه إلى أسئلة "معلومات التوظيف لـ (PF)/(NCP)" أدناه.					
اسم الزوج(ة)		الأول	الأوسط	الأخير	لواحق
العنوان		رقم شارع	طابق/شقة/جناح		المدينة
رقم الهاتف		( )			
مكان الزواج		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
هل (PF)/(NCP) منفصل الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف تاريخ الانفصال ____ / ____ / ____					
هل (PF)/(NCP) منفصل قانونياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف تاريخ الانفصال القانوني ____ / ____ / ____					
هل الطلاق معلق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف					
هل (PF)/(NCP) مطلق الآن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف تاريخ الطلاق ____ / ____ / ____					
موقع المحكمة		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد
هل (PF)/(NCP) موظف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		تاريخ آخر وظيفة ____ / ____ / ____			
هل (PF)/(NCP) عضو في منظمة/اتحاد عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		اسم منظمة/اتحاد العمل			
رقم شارع		رقم شارع		طابق/شقة/جناح	
المدينة		الولاية	الرمز البريدي	المدينة	الولاية
البلد		رقم الهاتف ( )	البلد	رقم الهاتف ( )	البلد
المسمى الوظيفي/المنصب		المسمى الوظيفي/المنصب			
هل رب عمل/منظمة (NCP) أو (PF) تقدم أو تعرض مزايا تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		هل (PF)/(NCP) مقيد فيه؟ <input type="checkbox"/> نعم (حدد) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> تغطية الفردية <input type="checkbox"/> تغطية العائلة <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
معلومات إضافية عن (PF)/(NCP)					

الجزء 3 - معلومات الطفل

إذا كان لدى الوالدة(ة) الوصي (CP)، ولي الأمر، أو الوالدة(ة) غير الوصي الآخر (NCP) لحالات الرعاية بالتبني (FC) أكثر من طفل واحد مع (NCP)/الأب المفترض (PF) هذا، فإنه يجب ملء استمارة (LDSS-4882C) أو نسخة من الجزء 3 هذا لكل طفل إضافي. يمكن تنزيل الاستمارات من [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov)، أو طلبها بالاتصال بالخط الساخن لخدمة عملاء إعانة الطفل في ولاية نيويورك على الرقم 888-208-4485، أو الحصول عليها بزيارة وحدة تطبيق إعانة الطفل المحلية.

(CIN) رقم خط (WMS) \_\_\_\_\_ نسخة من الجزء 3 أو استمارة (LDSS-4882C) لكل طفل إضافي.

اسم الطفل	الأول	الأوسط	الأخير	لواحق
(SSN)	-	-	(ITIN)	شهر/يوم/سنة ____/____/____
الجنس	تاريخ الولادة ____/____/____	اسم الوالدة(ة) البيولوجي	الأم: الأول الأب: الأول	الأوسط الأخير
صلة (NCP)/(PF) بالطفل	<input type="checkbox"/> والدة) <input type="checkbox"/> زوج أم (زوجة أب) <input type="checkbox"/> أب مفترض			
الحالة الاجتماعية للوالدين	هل كانت الأم متزوجة من الأب أو زوج أم الطفل وقت ولادة الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، توجه إلى أسئلة "معلومات أمر الإعانة" أدناه. إذا "لا" أو "غير معروف"، توجه إلى أسئلة "تأكيد الأبوة" أدناه.			
تأكيد الأبوة	هل تم تأكيد الأبوة؟ <input type="checkbox"/> نعم - توجه إلى أسئلة "تأكيد الأبوة" أدناه. لا حاجة لك بإكمال أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه. لا - توجه إلى أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه. غير معروف - توجه إلى أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه.			
ولاية النطاق القضائي	كيف تم تأكيد الأبوة؟ <input type="checkbox"/> تم تأكيدها في المحكمة بتاريخ ____/____/____ اسم المحكمة _____ <input type="checkbox"/> إقرار الأبوة بتاريخ ____/____/____ أين تم الحمل بالطفل؟ الولاية _____ البلد _____ هل كان (PF) يقدم نفقات أبوة أو إعانة للطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف هل سكن (PF) مع الطفل في ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف هل يسكن الطفل في ولاية نيويورك نتيجة لتصرفات أو أوامر من (PF)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
معلومات أمر الإعانة	هل هناك أمر إعانة لهذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، ما هو تاريخ الأمر؟ ____/____/____ هل هناك أمر بالتأمين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف مبلغ الالتزام \$ _____ أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> غير ذلك _____			
معلومات تغطية الرعاية الصحية	المحكمة التي أصدرت الأمر <input type="checkbox"/> محكمة العائلة <input type="checkbox"/> المحكمة العليا <input type="checkbox"/> غيرها المقاطعة/الولاية/البلد _____ أجنحة المحكمة أو رقم المؤشر _____			
معلومات تغطية الرعاية الصحية	هل لدى الطفل تغطية رعاية صحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، حدد نوع التغطية: <input type="checkbox"/> خاص - توجه إلى أسئلة "معلومات التأمين الصحي" أدناه. <input type="checkbox"/> عام - توجه إلى أسئلة "تغطية الرعاية الصحية العامة" أدناه. <input type="checkbox"/> غير معروف - توجه إلى "القسم ب - الوثائق الداعمة" على صفحة 7-A.			
معلومات تغطية الرعاية الصحية	من يقدم تغطية الرعاية الصحية الخاصة للطفل؟ <input type="checkbox"/> (CP) <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> (NCP)/(PF) <input type="checkbox"/> زوج الأم (زوجة الأب) (غير معروف) (غير ذلك)			
معلومات تغطية الرعاية الصحية	معونات التأمين الصحي اسم حامل التأمين الصحي رقم شارع رقم شقة/جناح المدينة الولاية رقم المجموعة الرمز البريدي			
معلومات تغطية الرعاية الصحية	حدد نوع تغطية الرعاية الصحية العامة: <input type="checkbox"/> مديكي <input type="checkbox"/> برنامج (Family Health Plus) <input type="checkbox"/> برنامج (CHPlus) (غير ذلك) _____ الإسهام الشهري للوالدة(ة) في برنامج (CHPlus): \$ _____			

**Part IV – Foster Care Information (Agency Use Only)/(الجزء 4 – معلومات الرعاية بالتبني (لاستعمال الوكالة فقط))**

<b>Foster Care Referral</b>	<i>The Commissioner or Designee must complete this section on behalf of the social services district (SSD) or the Office of Children and Family Services (OCFS) Commissioner for a child in Foster Care placement.</i>			
<b>Name of Child</b>	First	Middle	Last	Suffix
<b>Case Information</b>	Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates		Date of Referral _____ / _____ / _____
<b>Category</b>	What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care			
<b>Type of Placement</b>	<input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Court Ordered	Placement Date _____ / _____ / _____	Cost of Care \$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	
<b>Name of Agency, Facility, Foster Boarding Home</b>	County	Agency Name	Type of Facility	
<b>Placement Address</b>	No. Street	Floor/Apt./Suite	City	State      Zip
<b>Subsidy Information</b>	Is an adoption subsidy received on behalf of the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the subsidy include مديكيد? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Subsidy Amount and When It Is Paid		\$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	
<b>Case Manager</b>	Name		Phone Number (    )                      Ext.	
<b>Application for Child Support Services</b>	<input type="checkbox"/> I am applying for Child Support Services as the Commissioner or Designee and this is a Foster Care referral. Signature of Commissioner/Designee _____ Date _____			

## القسم B – الوثائق الداعمة

يجب عليك تقديم نسخ من جميع الوثائق الداعمة إلى وحدة تطبيق إعانة الطفل (CSEU) لفحصها. ضع علامة (✓) في المربعات بما يشير إلى الوثائق التي تقدمها. تساعد نسخ الوثائق (CSEU) في تأكيد الأبوة وتأكيد، تعديل و/أو تطبيق الإعانة. كما تساعد الوثائق الداعمة المحكمة في الخروج بقرارات بخصوص منحولات الوالدة) غير الوصي (NCP) والوالدة) الوصي (CP) ومبلغ الالتزام الأساسي لإعانة الطفل. يُرجى عدم إرسال الوثائق الأصلية في البريد.

### الوثائق التي تدعم تأكيد الأبوة وتأكيد، تعديل و/أو تطبيق الإعانة

<input type="checkbox"/> شهادة ميلاد الطفل <input type="checkbox"/> أمر البنوة <input type="checkbox"/> شهادة زواج (CP) و (NCP)/الأب المفترض (PF) <input type="checkbox"/> اتفاقية الانفصال ما بين (CP) و (NCP)/الأم المفترض (PF) و (NCP)/الأخ في حالة الرعاية بالتبني (FC)	<input type="checkbox"/> اتفاقية الانفصال ما بين (CP) و (NCP)/الأم المفترض (PF) و (NCP)/الأخ في حالة الرعاية بالتبني (FC)	<input type="checkbox"/> شهادة زواج (CP) و (NCP)/الأب المفترض (PF) و (NCP)/الأخ في حالة الرعاية بالتبني (FC)	<input type="checkbox"/> أمر البنوة <input type="checkbox"/> شهادة زواج (CP) و (NCP)/الأب المفترض (PF)	<input type="checkbox"/> شهادة ميلاد الطفل <input type="checkbox"/> أمر البنوة
<input type="checkbox"/> إفادة مشفوعة بالقسم تدعي الأبوة <input type="checkbox"/> إقرار الأبوة <input type="checkbox"/> إقرار الأبوة	<input type="checkbox"/> إقرارات الضريبة الفيدرالية الأحدث وجميع جداول (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> إقرارات الضريبة الفيدرالية الأحدث وجميع جداول (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> أمر الإعانة	<input type="checkbox"/> إقرار الأبوة
<input type="checkbox"/> اتفاقية معونة التبني <input type="checkbox"/> اتفاقية إلحاق التبني	<input type="checkbox"/> خطاب إحالة بخصوص الإعاقة في الضمان الاجتماعي لـ (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> إشعار أو خطاب المعونات بخصوص المساعدات المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو معونات البطالة لـ (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> قسائم الدفع لـ (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> اتفاقية معونة التبني <input type="checkbox"/> اتفاقية إلحاق التبني
<input type="checkbox"/> بطاقة الضمان الاجتماعي أو خطاب دائرة ضريبة الدخل (IRS) لرقم تعريف دافع الضريبة الفردي (ITIN) لـ (CP) أو ولي الأمر	<input type="checkbox"/> خطاب إحالة بخصوص الإعاقة في الضمان الاجتماعي لـ (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> خطاب إحالة بخصوص تقاعد الضمان الاجتماعي لـ (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> خطاب إحالة بخصوص دخل الضمان التكميلي لـ (SSI) (CP) (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> بطاقة الضمان الاجتماعي أو خطاب (IRS) لـ (ITIN) لـ (PF)/(NCP)
<input type="checkbox"/> شهادة بعدم وجود معلومات (LDSS-4281)	<input type="checkbox"/> معلومات بخصوص رخصة قيادة (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> معلومات بخصوص حالات الخروج بكافة أو التسريح المشروط لـ (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> معلومات بخصوص حالات اعتقال (PF)/(NCP) التي لم ينتج عنها حبس	<input type="checkbox"/> شهادة بعدم وجود معلومات (LDSS-4281)
<input type="checkbox"/> معلومات بخصوص المهنية، للأعمال، الوظيفية أو الترفيحية لـ (PF)/(NCP)	<input type="checkbox"/> إثبات نفقات رعاية صحية غير معوضة للطفل	<input type="checkbox"/> إثبات نفقات تعليمية للطفل	<input type="checkbox"/> إثبات نفقات رعاية الطفل للطفل	<input type="checkbox"/> معلومات بخصوص رخص المهنية، للأعمال، الوظيفية أو الترفيحية لـ (PF)/(NCP)
<input type="checkbox"/> بطاقات معونات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> خطة ملخص لبيانات معونات التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> بطاقات معونات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> خطة ملخص لبيانات معونات التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> بطاقات معونات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> خطة ملخص لبيانات معونات التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> بطاقات معونات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> خطة ملخص لبيانات معونات التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> بطاقات معونات التأمين الصحي <input type="checkbox"/> خطة ملخص لبيانات معونات التأمين الصحي

### القسم C – طلب/توكيد للحصول على خدمات إعانة الطفل

سوف تقوم وحدة تطبيق إعانة الطفل (CSEU) بتقديم خدمات تأكيد الأبوة، تأكيد، تعديل، مراجعة وتغيير الإعانة، وتحصيل الإعانة وإنفاقها، والتطبيق، حسب الملائم.

ضع علامة في المربع 1 ووقع عليه إذا كنت تقدم طلباً للحصول على خدمات إعانة الطفل ولا تقدم طلباً للحصول على المساعدة المؤقتة أو مديكيد أو أنت حاصل عليهما. بالنسبة لإحالات مساعدة شبكة الأمان، فإنه يجب على المفوض أو من يعينه للخدمات الاجتماعية في المنطقة بصفته مقدم طلب للحصول على خدمات إعانة الطفل التوقيع وكتابه اسمه أو اسمها بوضوح وإدخال التاريخ في المربع 1.

ضع علامة في المربع 2 ووقع عليه إذا كنت تقدم طلباً للحصول على المساعدة المؤقتة أو مديكيد أو أنت حاصل عليهما.

#### المربع 1

أنا أقدم طلباً للحصول على خدمات إعانة الطفل وفقاً لقانون الخدمات الاجتماعية لولاية نيويورك، القسم 111-g.

بموجبه أقدم طلباً للحصول على خدمات إعانة الطفل وفقاً لقانون الخدمات الاجتماعية لولاية نيويورك القسم 111-g والباب Title IV-D من قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي. بموجبه أقر وأؤكد، وتحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، على أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب أية وثائق مصاحبة، تم فحصها من قبلي وحسب علمي واعتقادي، صحيحة وصادقة. أوافق على إخبار وحدة تطبيق إعانة الطفل وعلى الفور بخصوص أية معلومات جديدة أو متغيرة تتعلق بالمعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة.

ضع علامة في المربع إذا كنت ترغب في طلب خدمات قانونية. سيتم تزويدك باتفاقية حق الاسترداد للخدمات القانونية (LDSS-4920) لإكمالها.

توقيع مقدم طلب خدمات إعانة الطفل \_\_\_\_\_

الاسم واضحاً \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع المفوض/المعين لدى \_\_\_\_\_

الخدمات الاجتماعية للإحالة إلى مساعدات شبكة الأمان \_\_\_\_\_

الاسم واضحاً \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

#### المربع 2

إنني أقدم طلباً للحصول على المساعدة المؤقتة أو مديكيد أو أنني حاصل عليهما.

بموجبه أقر وأؤكد، وتحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، على أن المعلومات التي قدمتها في الإحالة أية وثائق مصاحبة، تم فحصها من قبلي وحسب علمي واعتقادي، صحيحة وصادقة. أوافق على إخبار وحدة تطبيق إعانة الطفل وعلى الفور بخصوص أية معلومات جديدة أو متغيرة تتعلق بالمعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة.

توقيع مقدم الطلب/متلقي المساعدة المؤقتة أو مديكيد \_\_\_\_\_

الاسم واضحاً \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

#### Agency Use Only / لاستعمال الوكالة فقط

Child Support Enforcement Unit/Support Collection Unit Representative (Print name) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

New York Case Identifier \_\_\_\_\_ Worker Code \_\_\_\_\_

SSD Referral Case Number \_\_\_\_\_ Worker Name \_\_\_\_\_

Worker Location \_\_\_\_\_ Worker Phone Number \_\_\_\_\_

TANF/MA  MA-Only  Safety Net  Child Support Services Application (Non-TA)

Opening  Reopening  Changes or Updates Date of Application/Referral \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_