

تحديث نموذج العميل

ضمن جهودنا المستمرة للتأكد من أن معلوماتك دقيقة وحديثة، يرجى ملء هذا النموذج بالكامل.

معلومات عن رب الأسرة

التاريخ: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

العنوان: _____ الشقة #: _____

المدينة: _____ كم سنة عشت في مدينتك الحالية؟ _____

الهاتف: _____ - _____ - _____ البريد الإلكتروني: _____

تاريخ الميلاد: _____ اللغة الأساسية: _____

العرق: ☐ قوقازي ☐ أسود/أفريقي أمريكي ☐ آسيوي ☐ الأصول: ☐ إسباني/لاتيني ☐ غير إسباني/لاتيني

☐ أمريكي هندي/مواطن أصلي من ألاسكا ☐ أصول أخرى

محارب قديم/عسكري نشط: ☐ نعم ☐ لا ☐ ذو إعاقة: ☐ نعم ☐ لا

ما نوع التأمين الصحي لديهم؟ ☐ MassHealth ☐ Medicare ☐ تأمين خاص ☐ أخرى _____

هل تتلقى مساعدات SNAP؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ المبلغ \$ _____

إذا كان الجواب لا، فلماذا؟ ☐ الدخل ☐ تغيير متطلبات البرنامج

ما هو الوضع الوظيفي الخاص بك؟ ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ عاطل عن العمل ☐ عامل موسمي ☐ طالب ☐ متقاعد ☐ غير قادر على العمل

ما هو آخر صف دراسي أكملته بنجاح؟ _____

معلومات عامة عن البيت

ما هو وضعك السكني؟ حدد المربع الأنسب.

☐ الإسكان العام ☐ إيجار في السوق ☐ إقامة مع الأصدقاء/الأقارب ☐ بيت ملك ☐ القسم 8 ☐ سكن ميسور التكلفة ☐ متشرد: ☐ مع مأوى ☐ بدون مأوى

ما هو الدخل السنوي لأسرتك (في السنة)؟

☐ \$ 0 - \$ 12,000 ☐ \$ 12,001 - \$ 21,257 ☐ \$ 21,258 - \$ 28,694 ☐ \$ 28,695 - \$ 36,131 ☐ \$ 36,132 - \$ 43,568 ☐ \$ 43,569 - \$ 51,005 ☐ \$ 51,006 - \$ 58,442 ☐ \$ 58,443 - \$ 65,879 ☐ \$ 65,880 - \$ 73,316 ☐ \$ 73,317 + ☐ الدخل السنوي أو الشهري بالضبط: \$ _____

هل تشارك أنت أو من تعيلهم في أي من البرامج التالية؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق.

☐ الوجبات المتنقلة (Meals on Wheels) ☐ WIC ☐ المساعدة في الوقود ☐ SNAP \$ _____

☐ غداء مدرسي مجاني/مخفض ☐ برنامج الهيد ستارت ☐ مساعدة المحاربين القدامى ☐ TAFDC/ المساعدة النقدية

تحديث نموذج العميل

أفراد الأسرة

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

الاسم الكامل: _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ _____

تاريخ الميلاد: _____

كيف سمعت عن بيفرلي بوتسترابس (Beverly Bootstraps) ؟ ☐ وكالة مجتمعية ☐ الأسرة/صديق ☐ البريد ☐ المدرسة ☐ مجموعة دينية ☐ مكتب طبيب ☐ أخرى ☐

شهادة

يشهد مقدم الطلب أن جميع المعلومات الواردة في الطلب صحيحة وحقيقية على حد علمه، ولم يتم استبعاد أي معلومات قد تؤثر بشكل منطقي على الحكم المتعلق بأهلية مقدم الطلب، وتم إبلاغ مقدم الطلب بجميع البرامج المتاحة له/لها في بيفرلي بوتسترابس (Beverly Bootstraps).

التوقيع: _____ التاريخ: _____

PLEASE PRINT CLEARLY

التاريخ _____

الاسم الكامل _____

هل تتلقى مساعدات مؤن غذائية أخرى؟

Salvation Army ☐

Church of the Nazarene ☐

Accord ☐

Open Door ☐

أفضل عدم الإجابة: _____ ☐

هل ستكون المسؤول عن استلام المؤن الغذائية؟

YES ☐ NO ☐

إذا لا، فمن سيكون المسؤول؟

الاسم الكامل: _____

(USDA) هل تريد الاشتراك في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية
(انظر الصفحة التالية لمعرفة التفاصيل)

YES ☐ NO ☐

THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

JULY 1, 2025 TO JUNE 30, 2026

Please use the following figures when determining if recipients are eligible to receive USDA commodity foods under The Emergency Food Assistance Program/TEFAP.

# of Household Members	Annual Income	Monthly Income	Weekly Income
1	\$39,125	\$3,260	\$752
2	\$52,875	\$4,406	\$1,017
3	\$66,625	\$5,552	\$1,281
4	\$80,375	\$6,698	\$1,546
5	\$94,125	\$7,844	\$1,810
6	\$107,875	\$8,989	\$2,075
7	\$121,625	\$10,135	\$2,339
8	\$135,375	\$11,281	\$2,603
For each additional household member, add:	+\$13,750	+\$1,146	+\$264

In addition, households that participate in the following means tested program are also TEFAP eligible: SNAP, AFDC, TANF, WIC, Welfare, Medicaid, Supplemental Security Income, Head Start, Fuel Assistance or Veteran's Aid.

By signing, I declare my eligibility to receive USDA food and this is valid unless stated.
I will notify Beverly Bootstraps should my income change.

Date: _____

Name: _____

Signature: _____

برامج المساعدة الغذائية

سياسات مخزن الطعام

تم إنشاء مخزن الطعام الخاص بنا لتقديم المساعدة الغذائية الطارئة والتكميلية للعائلات المحتاجة بيفرلي أو مانشستر أو إسيكس أو هاملتون أو وينهام. ونظرًا لتزايد عدد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى المساعدة، نطلب منك إكمال نموذج الاستلام. سيتم الحفاظ على سرية هذه المعلومات واستخدامها فقط لمساعدتنا في الحصول على الطعام والمال حتى تتمكن من الاستمرار في التواجد هنا لخدمتك. سيطلب منك إكمال نموذج واحد لكل عنوان/أسرة.

في كل مرة تأتي فيها إلى المخزن، سنطلب منك إثبات الهوية للتحقق من أنك مقيم في بيفرلي أو مانشستر أو إسيكس أو هاملتون أو وينهام.

يجب أن تتضمن الوثائق ما يلي:

1. اسمك
2. عنوانك
3. تاريخًا خلال 30 يومًا الماضية

(تعتبر الفواتير وإيصالات الإيجار الرسمية والوصفات الطبية والبريد المختوم أمثلة جيدة).

الأوقات التي يكون فيها المخزن مفتوحًا:

- الاثنين من 10 صباحًا حتى 4 مساءً،
- الثلاثاء من الواحدة مساءً حتى 6 مساءً،
- الأربعاء من 10 صباحًا حتى 6 مساءً،
- والخميس من 10 صباحًا حتى الثانية مساءً

سيتم إغلاق المخزن في أيام العطلات وخلال أشهر الشتاء إذا تم إغلاق مدارس بيفرلي العامة بسبب سوء الأحوال الجوية و/أو عندما يكون هناك منع ركن للسيارات في بيفرلي.

يمكن للأسر زيارة مخزن الطعام كل 7 أيام.

الكثير من الطعام الذي تتلقاه هو طعام تم التبرع به؛ لذلك، قد تختلف العلامات التجارية في كل مرة تأتي فيها لاستلامه، وقد تختلف عن العلامات التجارية للبضائع التي يتلقاها شخص آخر في نفس الوقت. إن سياستنا هي معاملة الجميع على قدم المساواة قدر الإمكان.

تم فحص كل عنصر للتأكد من نضارته. ومع ذلك، فهذه مهمة صعبة جدًا. من الممكن أن يفوتنا أحد العناصر دون تحقق، لذا يُرجى التحقق من كل شيء. أنت مسؤول عن التحقق من صلاحية الطعام. عندما تشك في صلاحيته، عليك التخلص منه!

لدينا كمية محدودة من مواد العناية الشخصية وأغذية وحفاضات الأطفال. إذا كنت بحاجة إلى أي من هذه العناصر، فيُرجى إخبارنا في كل مرة تقوم فيها بالقدوم إلينا.

سوف تتلقى **حَقَائِبَ قابلة لإعادة الاستخدام** في زيارتك الأولى لمخزن الطعام ويجب عليك إعادتها عند كل زيارة. نرحب بإحضارك أي من حقائبك الخاصة حيث أننا نحاول عدم تقديم المزيد من الحقائب.