

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 إسباني/لاتيني إسباني غير إسباني/لاتيني

أمريكي هندي/مواطن أصلي من الاسكا 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

الاسم الكامل: _____ الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: _____ آخر صف دراسي تم إكماله بنجاح أو الصف الحالي: _____

العرق: أبيض/ قوقازي أسود/أمريكي من أصل أفريقي آسيوي متعدد الأعراق أمريكي هندي آخر

الأصول: اسباني/لاتيني غير اسباني/لاتيني

محارب قديم/عسكري نشط: نعم لا

الحالة الوظيفية؟ دوام كامل دوام جزئي عاطل عن العمل طالب

عامل موسمي متقاعد غير قادر على العمل

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

الاسم الكامل: _____ الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: _____ آخر صف دراسي تم إكماله بنجاح أو الصف الحالي: _____

العرق: أبيض/ قوقازي أسود/أمريكي من أصل أفريقي آسيوي متعدد الأعراق أمريكي هندي آخر

الأصول: اسباني/لاتيني غير اسباني/لاتيني

محارب قديم/عسكري نشط: نعم لا

الحالة الوظيفية؟ دوام كامل دوام جزئي عاطل عن العمل طالب

عامل موسمي متقاعد غير قادر على العمل

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

الاسم الكامل: _____ الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: _____ آخر صف دراسي تم إكماله بنجاح أو الصف الحالي: _____

العرق: أبيض/ قوقازي أسود/أمريكي من أصل أفريقي آسيوي متعدد الأعراق أمريكي هندي آخر

الأصول: اسباني/لاتيني غير اسباني/لاتيني

محارب قديم/عسكري نشط: نعم لا

الحالة الوظيفية؟ دوام كامل دوام جزئي عاطل عن العمل طالب

عامل موسمي متقاعد غير قادر على العمل

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

الاسم الكامل: _____ الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: _____ آخر صف دراسي تم إكماله بنجاح أو الصف الحالي: _____

العرق: أبيض/ قوقازي أسود/أمريكي من أصل أفريقي آسيوي متعدد الأعراق أمريكي هندي آخر

الأصول: اسباني/لاتيني غير اسباني/لاتيني

محارب قديم/عسكري نشط: نعم لا

الحالة الوظيفية؟ دوام كامل دوام جزئي عاطل عن العمل طالب

عامل موسمي متقاعد غير قادر على العمل

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

كيف سمعت عن بيفرلي بوتسترايس (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 بوتسترايس. (Beverly Bootstraps)

التوقيع: _____ التاريخ: _____