

برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية (HEAP)

نموذج تذكير

اسم وكالة العمل المجتمعي: _____
 هاتف وكالة العمل المجتمعي: _____
 عنوان وكالة العمل المجتمعي: _____
 رقم فاكس وكالة العمل المجتمعي: _____
 البريد الإلكتروني لوكالة العمل المجتمعي: _____

اسم مقدم الطلب: _____
 التاريخ تقديم الطلب: _____
 العنوان الفعلي: _____
 معرف الطلب: _____
 المدينة الولاية الرمز البريدي: _____

التعليمات: المعلومات التالية مطلوبة لمعالجة طلبك. لديك 20 يوم عمل من تاريخ تقديم الطلب لإرسال المعلومات/المستندات المحددة أدناه. يُرجى إرسال نسخًا لا الأصل، من هذه المستندات ونموذج التذكير هذا. إذا لم تقدم هذه المعلومات، فقد يتم رفض طلبك.

المعلومات المطلوبة للفترة الزمنية التالية:

المرسل _____ المرسل إليه _____

الطلب (مُوقَّعًا)

بطاقة هوية مصورة صادرة عن جهة حكومية (أمثلة على الظهر)

التحقق من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بما يلي: (أمثلة على الظهر)

اسم مالك العقار، العنوان الفعلي، الهاتف

بطاقة هوية مصورة صادرة عن جهة حكومية (أمثلة على الظهر)

التحقق من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بما يلي:

إفاضة إقامة أساسية لطفل (أطفال) قاصر (أطفال) (موقعة)

التصريح بمشاركة معلومات شخصية

التحقق من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بما يلي:

الدعم المدفوع للطفل (مستندات المحكمة وإثبات المدفوعات)

اسم مُورِد الوقود ورقم الحساب

نموذج برنامج مساعدة ذوي الدخل المنخفض/برنامج الخط الكهرباء الحيوي (مُوقَّعًا)

تجديد ترخيص الإسكان المدعوم (مُوقَّعًا)

نموذج الإسكان والتنمية الحضرية (HUD Form 50058/50059; RD3560-8)

نموذج السكن المدعوم (مُوقَّعًا)

فواتير المياه والكهرباء

تاريخ الميلاد (تواريخ الميلاد) الخاصة بما يلي:

أخرى

| التحقق من الدخل من أجل: | نوع الدخل: | المدة الزمنية: |
|-------------------------|------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

التوقيع الأساسي للطلب _____ التاريخ _____

توقيع موظف معرفة الطلبات الطبية _____ التاريخ _____

اسم موظف معرفة الطلبات الطبية _____ رقم هاتف موظف معرفة الطلبات الطبية _____

أمثلة على المستندات المقبولة

بطاقة هوية مصوّرة صادرة عن جهة حكومية - يمكن تقديم واحد مما يلي:

- رخصة قيادة السيارة
- بطاقة هوية صادرة عن الحكومة
- جواز سفر
- بطاقة هوية مصوّرة من "برنامج مساعدة التغذية التكميلية" SNAP / "التحويل الإلكتروني للمخصصات" EBT
- البطاقة العسكرية الأمريكية المصوّرة

التحقق من رقم الضمان الاجتماعي (يجب أن يشمل جميع الأرقام التسعة) - يمكن تقديم صورة واحدة مما يلي:

- بطاقة الضمان الاجتماعي من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)
- نموذج ضرائب SSA-1099
- نموذج ضريبي 1099
- بطاقة برنامج "مديكير" Medicare إذا كانت تنتهي بحرف "A" (وليس بطاقة برنامج "مين كير" MaineCare)
- وثيقة عسكرية أمريكية
- نموذج ضريبي بنكي
- نموذج "بيان الأجر والضرائب" W-2 - لا يُشترط أن يكون ساريًا

غير المواطنين – يُشترط في المستندات المقبولة أن تكون غير منتهية الصلاحية

- بطاقة الضمان الاجتماعي الصادرة عن إدارة الضمان الاجتماعي. إذا كانت بطاقة الضمان الاجتماعي تتضمن أحد القيود المذكورة أدناه، يجب على مقدم الطلب تقديم تاريخ انتهاء سريان تصريح العمل الخاص به.
 - غير صالح للعمل.
 - صالح للعمل فقط بتصريح من دائرة الهجرة والتجنّس INS.
 - صالح للعمل فقط بتصريح من وزارة الأمن الداخلي DHS.
- جواز سفر أجنبي ساري وغير منتهي مع تأشيرة دخول سارية وصحيحة إلى الولايات المتحدة وتأشيرة مختومة مصحوبة بنموذج I-94 - المعتمد الذي يوثق أحدث دخول مقدم الطلب إلى الولايات المتحدة. نموذج ضريبي 1099
- بطاقة الإقامة الدائمة (I-551)
- نموذج مغادرة الوصول I-94 الممهور بختم "مؤقت I-551" ومثبت عليه صورة حامله.
- نموذج I-94 مختوم بإحدى الحالات التالية: طالبوا اللجوء السياسي Asylee أو السجناء مطلقي السراح Parolee أو المفرج عنهم بشروط Parole أو اللاجئين Refugee أو من لديهم حق اللجوء Asylum أو إطلاق السراح الإنساني المشروط HP أو المطلق سراحهم بشرط المصلحة العامة PIP أو الوافد الكوبي الهايتي.
- تصريح إعادة الدخول للمقيم الدائم (I-327)
- وثيقة السفر الصادرة للمقيمين الدائمين (I-327)
- وثيقة سفر صادرة للاجئين، نموذج (I-571)
- نموذج خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية رقم I-797C - إشعار العمل.