RESET

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីកម្មវិធីជំនួយថាមពល (ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) | 关于能源补助计划的重要消息 | Важные сведения о программе помощи при оплате счетов за энергию | Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía | Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

طلب 2026-27 لبرنامج مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP)

لتقديم طلب للحصول على مساعدة الطاقة، يجب عليك إكمال جميع الأسئلة من الأمام والخلف والتوقيع عند علامة "X" الحمراء.
يمكنك أيضًا التقديم عبر الإنترنت على الموقع www.dhs.pa.gov/COMPASS أو ابحث عن عنوان مكتب المساعدة المحلي الخاص بك في المقاطعة على WWW.DHS.PA.GOV

LIHEAP DISTRICT
1163 S BROAD ST
PHILADELPHIA, PA 19147

اسمك وعنوانك

عنوان مكتب المساعدة في مقاطعتك

لاستخدام وزارة الصحة/الخدمات الإنسانية فقط

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن هذه التعليمات، فتواصل مع مكتب المعاونة المحلي في مقاطعتك.

1 يرجى إكمال هذا القسم لرب الأسرة.
*استخدم الرموز من الصفحة 2 للمساعدة في تقديم التفاصيل.

الاسم (بما في ذلك الاسم الأخير والأحرف الأولى من الاسم الأوسط)	تاريخ الميلاد	الجنس	رقم الضمان الاجتماعي

عنوان المنزل (الرقم، الشارع، رقم الشقة): المدينة، الولاية، الرمز البريدي

عنوان المنزل إذا كان مختلف (الرقم، الشارع، رقم الشقة): المدينة، الولاية، الرمز البريدي

المقاطعة التي تعيش فيها	رقم الهاتف:	الجنسية*	العرق (اختياري)*	الإثنية (اختياري)*	الحالة الاجتماعية*

إذا كنت تتلقى حاليًا مخصصات نقدية أو مساعدة طبية أو برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، فهل يمكننا استخدام الدخل المسجل لديك في الملف؟ ☐ نعم ☐ لا

2 ما هي اللغة التي تفضلها؟ What language do you prefer?

☐ الإنجليزية/English ☐ الإسبانية/Spanish ☐ أخرى/other (يرجى التحديد/specify) _____

هل تحتاج إلى مترجم؟ Do you need an interpreter? ☐ نعم/Yes ☐ لا/No

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة؟ If yes, what language? _____

3 هل:

☐ الإيجار شامل التدفئة ☐ تستأجر المساكن المدعومة / مساكن القسم 8 شاملة التدفئة

☐ الإيجار **غير** شامل التدفئة ☐ تستأجر المساكن المدعومة / مساكن القسم 8 **غير** شاملة التدفئة

☐ غرفه منفصلة ☐ مالك أم أنك تشتري منزلك ☐ أخرى: _____

إذا كانت التدفئة متضمنة في الإيجار، فأرفق مذكرة من مالك العقار تفيد بأن التدفئة مشمولة ونوعها.

4 ما هو مصدر التدفئة الرئيسي لديك؟ اختر نوع الطاقة الذي تستهلكه أكثر من غيره لتدفئة منزلك. لا يمكنك الحصول على منافع برنامج LIHEAP إلا لمصدر الطاقة الرئيسي أو نوع الطاقة الذي يُغذي مصدرك الرئيسي. أرفق نسخة من آخر فاتورة لك.

☐ كهربائي ☐ زيت الوقود ☐ الفحم ☐ الغاز الطبيعي ☐ الكيروسين ☐ البروبان أو الغاز المعبأ في زجاجات ☐ الوقود المخلوط ☐ خشب/أخرى

4أ هل تحتاج إلى الكهرباء لتشغيل مصدر التدفئة الرئيسي (الحرارة الثانوية)؟ ☐ نعم ☐ لا

5 تحقق مما إذا كان أي مما يلي ينطبق وقدم التوضيح إذا لزم الأمر (أزمة LIHEAP):

☐ الكهرباء مقطوعة ☐ لديك إشعار إيقاف للكهرباء ☐ مصدر التدفئة الرئيسي لا يعمل

☐ تم إيقاف الغاز ☐ احصل على إشعار إيقاف تشغيل الغاز مع الشرح: _____

☐ نفد الوقود ☐ سينفد الوقود خلال 15 يوما _____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS CLICK. APPLY. BENEFIT.

6 **من هي شركة المرافق أو موزع الوقود لمصدر التدفئة الرئيسي لديك؟** اكتب أسمائهم وعناوينهم ومعلومات حسابك.

اسم شركة المرافق أو تاجر الوقود	رقم الحساب
Philadelphia Gas Works	
العنوان (يشمل الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي4+)	الاسم على الحساب
800 W. Montgomery Ave. Philadelphia, PA 19122	

يرجى ذكر شركة الكهرباء الخاصة بك إذا لم تكن مدرجة أعلاه.

7

اسم شركة الكهرباء	رقم الحساب

8 هل تستخدم أي مصدر آخر للتدفئة في منزلك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا **نعم**، يرجى التوضيح: _____

9 ما هو مصدر الطاقة الذي ترغب في استلام دفعة LIHEAP عنه؟ (إختر واحدًا) ☐ الرئيسي أو ☐ الثانوي (كهربائي)

10 إذا كنت تعيش في مساكن مدعومة/عامة، فهل تحصل على شيك بدل المرافق؟ لا تضع علامة صح إلا إذا كانت تُدفع مباشرةً لأسرتك وليس لمالك العقار أو شركة المرافق.

☐ نعم ☐ لا إذا **نعم** كم المبلغ؟ $ _____

11 هل يتلقى أي شخص في أسرتك مساعدة مالية بسبب الإعاقة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا **نعم** فمن من ؟ _____

12 قم بإدراج الأشخاص الذين يعيشون معك في هذا العنوان. اذكر جميع الأطفال والكبار. اذكر الغرف ذات الصلة. اذكر جميع نزلاء الغرف غير المرتبطين الذين يتقاسمون نفقات الأسرة. لا تذكر أي شخص في السجن. لا تذكر فرد الأسرة المدرج في المربع 1. **في الصفحة 4.**

استخدم الرموز أدناه للمساعدة في تقديم التفاصيل لكل فرد في منزلك.

الجنسية*: (1) مواطن أمريكي، (2) مقيم دائم، (3) غير مواطن مؤقت، (4) لاجئ/طالب لجوء، (5) غير مؤهل للحصول على المزايا
يجب على جميع المواطنين غير الأميركيين تقديم دليل على وضعهم المتعلق بالهجرة.

العرق*: (اختياري) (1) أمريكي أسود أو أفريقي، (3) أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين:، (4) آسيوي، (5) أبيض،
(7) سكان هاواي الأصليون أو أي من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين. قم بإدراج كافة المجموعات التي تنطبق.

الإثنية*: (اختياري) (1) غير اللاتينيين، (2) الاسبانيين أو اللاتينيين

الحالة الاجتماعية*: (1) أعزب، (2) متزوج، (3) زواج بموجب القانون العام، (4) منفصل، (5) مطلق، (6) أرملة/أرمل

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الجنس ذكر/ انثى	رقم الضمان الاجتماعي	الجنسية*	العرق* (خياري)	الاثنية* (خياري)	الحالة الاجتماعية *	العلاقة بك
الشخص 1								
إذا كان هذا الشخص يتلقى حاليًا مخصصات نقدية أو مساعدة طبية أو برنامج المساعدة في التغذية التكميلية، فهل يمكننا استخدام الدخل الموجود لدينا في الملف لهذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا								
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الجنس ذكر/ انثى	رقم الضمان الاجتماعي	الجنسية*	العرق* (خياري)	الاثنية* (خياري)	الحالة الاجتماعية *	العلاقة بك
الشخص 2								
إذا كان هذا الشخص يتلقى حاليًا مخصصات نقدية أو مساعدة طبية أو برنامج المساعدة في التغذية التكميلية، فهل يمكننا استخدام الدخل الموجود لدينا في الملف لهذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا								
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الجنس ذكر/ انثى	رقم الضمان الاجتماعي	الجنسية*	العرق* (خياري)	الاثنية* (خياري)	الحالة الاجتماعية *	العلاقة بك
الشخص 3								
إذا كان هذا الشخص يتلقى حاليًا مخصصات نقدية أو مساعدة طبية أو برنامج المساعدة في التغذية التكميلية، فهل يمكننا استخدام الدخل الموجود لدينا في الملف لهذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا								
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الجنس ذكر/ انثى	رقم الضمان الاجتماعي	الجنسية*	العرق* (خياري)	الاثنية* (خياري)	الحالة الاجتماعية *	العلاقة بك
الشخص 4								
إذا كان هذا الشخص يتلقى حاليًا مخصصات نقدية أو مساعدة طبية أو برنامج المساعدة في التغذية التكميلية، فهل يمكننا استخدام الدخل الموجود لدينا في الملف لهذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا								

إذا كان لديك أشخاص إضافيين في منزلك، فيرجى تقديم معلوماتهم على قطعة منفصلة من الورق وإرسالها مع هذا الطلب.

استخدام الدخل الموجود في الملف لشخص ما؟ لا تحتاج إلى إدراجهم أو دخلهم في السؤال رقم 13.

13 **اذكر جميع الدخل الذي حصل عليه أي فرد من أفراد أسرتك في الشهر السابق لتقديم طلبك. تشمل أنواع/مصادر الدخل المال الذي تحصل عليه من: العمل، وإعانات المحاربين القدامى، والبطالة، والضمان الاجتماعي، والدعم، وتعويضات العمال، والفوائد/أرباح الأسهم، والدخل من إيجارات، والهدايا، والتقاعد، وغيرها. والفوائد / الأرباح، ودخل الإيجار. في الصفحة 4.**

اسم الشخص ذو الدخل	نوع/مصدر الدخل	تاريخ البدء	تاريخ أول راتب	كم راتب كل شهر؟

14 هل أنت مهتم بخدمة الطقس المجانية؟ تشمل خدمات التجوية عزل المنزل وتقييم نظام التدفئة. ☐ نعم ☐ لا

15 هل تفر أنت أو أي شخص في أسرتك لتجنب الملاحقة القضائية أو الحضانة بسبب جريمة أم محاولة ارتكاب جريمة يمكن تصنيفها على أنها جناية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا **نعم** فمن؟ _____

16 هل يوجد أي شخص في الجيش الأمريكي أو كان أي شخص في الجيش الأمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا **نعم** فمن؟ _____

هل هناك أي شخص أرملة أو زوج أو طفل (أقل من 18 عامًا) لأي شخص في الجيش الأمريكي أو أي شخص كان في الجيش الأمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا **نعم** فمن؟ _____

17 هل تريد أن تقوم الوزارة بمشاركة المعلومات من طلبك مع المرافق الخاصة بك للمساعدة في تسجيل أسرتك في برنامج مساعدة الطاقة أو المرافق؟ ☐ نعم ☐ لا

تقدم العديد من مرافق الغاز والكهرباء في بنسلفانيا برامج تساعد العملاء ذوي الدخل المنخفض على تقليل الفواتير الشهرية وتوفير الطاقة والتخلص من الأرصدة المتأخرة. يمكن للوزارة مشاركة المعلومات من طلبك مع المرافق الخاصة بك، بما في ذلك دخلك وأفراد أسرتك (مثل الأسماء وتواريخ الميلاد) لمساعدتك على التسجيل في هذه البرامج إذا كنت تريد منا أن نشاركها. سيتم الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بك.

هذا اختياري. يمكنك الحصول على منحة مساعدة إذا كنت مؤهلاً حتى لو كنت لا تريد أن تقوم الوزارة بمشاركة معلوماتك مع المرافق الخاصة بك.

الإقرار

1. يمنح توقيعي على هذا الطلب الإذن لإدارة الخدمات الإنسانية أو وكيلها المعتمد للقيام بما يلي: (أ) التحقق من أي معلومات أقدمها حول مكان إقامتي ووظائفي ودخلي ومواردي وإمدادات الطاقة ومورد الطاقة؛ (ب) مشاركة المعلومات مع مورد الطاقة الخاص بي وتلقي المعلومات من مورد الطاقة الخاص بي للسماح لوزارة الأمن الداخلي بالحصول على سجل استهلاكي السنوي للطاقة والتكلفة ومعلومات الفواتير لأغراض تقييم البرنامج أو تشغيله أو إعداد التقارير؛ و (ج) إكمال أي مسح يتعلق بالمساعدة في مجال الطاقة.
2. يعد تقديم هذه المعلومات (بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك) أمرًا طوعيًا؛ ومع ذلك، فإن عدم تقديم المعلومات المطلوبة قد يؤدي إلى تأخير أو منع استكمال طلبك أو تأخير أو منع قدرتك على الحصول على المزايا. إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو لم تكمل المعلومات أدناه، فقد تكون غير مؤهل للحصول على المزايا.

أشهد بأن: (ضع علامة على كل ما ينطبق)

☐ لقد قدمت أرقام الضمان الاجتماعي لجميع أفراد الأسرة.

☐ على حد علمي، هؤلاء أفراد الأسرة ليس لديك أرقام الضمان الاجتماعي:

الاسم المكتوب _____ الاسم المكتوب _____

☐ أفراد الأسرة التاليين يمارسون حقوقهم بموجب المادة 7 من قانون الخصوصية لعام 1974، ورفضوا الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم أو قد لا يتمكنون من ذلك لأنهم ضحية للعنف المنزلي:

الاسم المكتوب _____ الاسم المكتوب _____

3. أسمح بإصدار معلومات أهلية المساعدة من وإلى موردي الطاقة أو وكالات الطقس وأسمح لهم بطلب المساعدة التي قد أكون مؤهلاً لها. قد تشمل المساعدة مزايا LIHEAP Cash أو Crisis أو Weatherization.
4. أدرك أن لدي الحق في استئناف أي قرار أو تأخير غير مبرر في القرار الذي أعتبره غير مناسب فيما يتعلق بهذا الطلب.
5. أؤكد أن ولاية بنسلفانيا هي مكان إقامتي القانوني.
6. أدرك أن أي رقم (أرقام) ضمان اجتماعي يتم تقديمه سيتم استخدامه في إدارة هذا البرنامج، بما في ذلك المطابقات المتطابقة مع البرامج الأخرى.
7. أدرك أنه سيتم إرسال إشعار لي بالأهلية أو عدم الأهلية، وإذا كان مؤهلاً، فسيذكر الإشعار مبلغ مخصصاتي.
8. أدرك أيضًا أنه إذا كانت أسرتي مؤهلة للحصول على منحة المساعدة النقدية، فيجب إرسالها مباشرة إلى شركة المرافق الخاصة بي أو تاجر الوقود ما لم أكن مستأجرًا وكانت التدفئة متضمنة في الإيجار أو يتم توفير الوقود الخاص بي من قبل تاجر وقود لا يقبل الدفع للبائع.
9. أشهد، مع مراعاة العقوبات التي ينص عليها القانون، أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي.
10. أعلم أنه إذا قدمت معلومات كاذبة، فقد يتم معاقبتي بالغرامة و/أو السجن.
11. أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب، قد لا أكون مؤهلاً لأن أموال المساعدة قد استنفدت.
12. إذا كانت أسرتك مؤهلة للحصول على المساعدة، فقد تتلقى نموذج موافقة سريع المسار عبر البريد مما قد يسمح لك ولأفراد أسرتك بالتسجيل تلقائيًا في المساعدة الطبية.

إشعار قانون الخصوصية؛ السلطة: 42 USC § 405(c)(2)(C)(i) يصرح بجمع هذه المعلومات.

الغرض: ستستخدم وزارة الخدمات الإنسانية ("DHS") هذه المعلومات لتحديد دخل المتقدم (المتقدمين) والتحقق منه.

الاستخدامات الروتينية: سيتم استخدام المعلومات والكشف عنها لموظفي الوزارة والمقاولين أو الوكلاء الآخرين الذين يحتاجون إلى المعلومات لإدارة المساعدة. بالإضافة إلى ذلك، يجوز للوزارة مشاركة المعلومات مع وكالات حكومية أخرى أو في التقارير المقدمة إلى الممثلين التشريعيين وفقًا لما يقتضيه القانون الفيدرالي أو قانون ولاية بنسلفانيا.

الرجاء التوقيع هنا - استخدم الحبر

X _____ _____

التوقيع التاريخ

هل تذكرت ....

☐ أرسل إثباتات لجميع مصادر دخلك. لستَ بحاجة إلى إرسال إثبات دخل إذا كنتَ تتلقى إعانات أخرى من وزارة الخدمات الإنسانية واخترتَ المربع للسماح باستخدام الدخل المذكور في الملف.

☐ قم بتوفير أرقام الضمان الاجتماعي **لجميع** أفراد الأسرة أو أكمل إقرار مساعدة الطاقة في قسم الشهادة في الصفحة 3.

☐ دخل شهر واحد - أرسل إثباتًا لشهر أكتوبر والشهر الذي يسبق شهر تقديم الطلب.

☐ إذا كنت تستأجر وحدة مزودة بالتدفئة، فأرسل نسخة من عقد الإيجار أو بيانًا كتابيًا موقعًا من مالك العقار يشرح فيه كيفية دفع ثمن التدفئة ونوع التدفئة المستخدمة.

☐ إذا كنت تدفع ثمن التدفئة، أرسل فاتورة لمصدر التدفئة الرئيسي لديك. قم بإرفاق نسخة من فاتورة الخدمات الخاصة بك بتاريخ خلال شهرين من تاريخ تقديم طلبك. بالنسبة لأنواع الوقود الأخرى، قم بتقديم فاتورة/إيصال الشراء اعتبارًا من يناير من موسم التدفئة السابق حتى الوقت الحاضر.

☐ إذا كنت ترغب في إرسال الدفعة إلى مزود التدفئة الثانوي الخاص بك، فأرفق نسخة من فواتير التدفئة الرئيسية **و** الثانوية.

☐ إرسال إثبات لجميع دخل الأسرة.

مثال: إذا قمت بالتقديم في نوفمبر وأرسلت:

أ) شهر واحد من الدخل - أرسل إثباتًا لشهر أكتوبر، الشهر السابق لتقديم الطلب.

ب) 12 شهرًا من الدخل - أرسل إثباتًا لشهر نوفمبر من العام السابق وحتى أكتوبر من العام الحالي.

يتضمن الدليل قسائم الدفع الرسائل وبيانات صاحب العمل وما إلى ذلك.

☐ إذا أخبرتنا أنه ليس لديك دخل أو إذا كان دخلك أقل من تكلفة احتياجاتك المعيشية الأساسية الشهرية، فأرسل بيانًا يوضح كيف تدفع أسرتك مقابل احتياجات المعيشة الأساسية (الطعام والإيجار وما إلى ذلك).

☐ قم بالتوقيع وكتابة تاريخ طلبك.

☐ أرسل طلبك المكتمل وجميع المستندات بالبريد إلى مكتب المساعدة المحلي بالمقاطعة. إذا لم تكن متأكدًا من مكان ذلك، فاتصل بالرقم 1-866-857-7095.

إذا لم ترسل الدليل الذي نحتاجه مع هذا النموذج، فلن نتمكن من معالجة طلبك.

تسجيل الناخبين (اختياري) هذا القسم مُخصَّص للمواطنين الأمريكيين فقط

إن لم تكن مسَجّلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في تقديم طلب تسجيل للتصويت هنا اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا
إن لم تضع علامة في أي مربّع، فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

للتسجيل، يجب توافر الشروط الآتية:
1) أن يكون عمرك 18 عامًا على الأقل وقت انعقاد الانتخابات القادمة.
2) أن تكون من مواطني الولايات المتحدة لمدة شهر واحد على الأقل "قبل انعقاد الانتخابات القادمة"؛
3) تقيم في ولاية بنسلفانيا ومنطقة التصويت على الأقل لمدة 30 يومًا قبل انعقاد الانتخابات القادمة.

لن يؤثر تقديم طلب التسجيل للتصويت أو رفضه على حجم المساعدة التي ستقدمها هذه الوكالة.
إن كنت ترغب في المساعدة في ملء طلب تسجيل الناخب، فسنساعدك. قرار التماس المساعدة أو قبولها يرجع إليك وحدك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد. يرجى الاتصال بمكتب المساعدات بالمقاطعة إن كنت ترغب في المساعدة. إن كنت تعتقد أن شخصًا ما قد حال بينك وبين حقك في التسجيل للتصويت أو رفضه، أو حقك في خصوصية تقرير ما إذا كنت ستسجل أو تتقدم بطلب تسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي ميول سياسي آخر، يمكنك التقدّم بشكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية ببنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

سيقوم موظفو مكتب المساعدة بالمقاطعة بإكمال هذا المربع بناءً على إجابتك أعلاه

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

إذا كان لديك إعاقة وتحتاج إلى هذا الطلب بخط كبير أو بتنسيق آخر، فيرجى الاتصال بـ **خط المساعدة** على الرقم **1-800-692-7462**.
تتوفر خدمات جهاز اتصالات للصم عن طريق الاتصال بـ PA Relay على الرقم **711**.

تقدم بطلبك عبر الإنترنت على www.dhs.pa.gov/COMPASS