



إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية

مساعدة المستأجرين
لكبار السن والبالغين المعاقين

مُرفق الطلب الخاص بالاستفادة من برنامج مساعدة المستأجرين 2025-2026. من أجل النظر في استفادتك من منحة الإيجار في هذا البرنامج، يرجى إكمال الطلب وإعادته في أقرب وقت ممكن مع المستندات المطلوبة (انظر قائمة المراجعة) إلى:

إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية
مكتب الخدمات الاجتماعية- إشراف: سامانثا هوفمان
4850 مارك سنتر درايف، الطابق 5
الإسكندرية، فيرجينيا 22311
703-746-6085

معلومات البرنامج

يقدم برنامج مساعدة المستأجرين كبار السن مساعدة تصل إلى 6000 دولار سنوياً للمستأجرين ذوي الدخل المنخفض و/أو كبار السن و/أو المعوقين في مدينة الإسكندرية. يتم توزيع المساعدات في مخصصات شهرية مباشرة إلى المشارك في البرنامج. يمكن استخدام الأموال لتغطية أي احتياجات منزلية.

يتم قبول الطلبات على مدار السنة. في حالة تجاوز عدد المتقدمين المعتمدين المبلغ الممول لهذا البرنامج، سيتم وضع المتقدمين الجدد على قائمة الانتظار. عندما يتاح مكان لمشارك جديد في البرنامج، سيتم إعطاء الأولوية للمتقدمين على قائمة الانتظار وفقاً لتاريخ التشرد و/أو الحاجة إلى خدمات الوقاية/التدخل لدعم المشردين والمشاركة في البرامج الأخرى في قسم الخدمات الإنسانية بالمقاطعة وقيمة إيجارهم عالية نسبة إلى الدخل ومن المستفيدين السابقين من برنامج مساعدة المستأجرين.

متطلبات التأهيل

1. يجب أن يكون عمر مقدم الطلب 65 عاماً أو أكثر و/أو أن يكون معاقاً بشكل دائم وكامل وفقاً لمعايير الضمان الاجتماعي أو تقديم نموذج شهادة إعاقة من طبيب مُرخص. *يمكن توفير النموذج عند الطلب.
2. يجب أن يكون المتقدم مقيماً في مدينة الإسكندرية لمدة 12 شهراً على الأقل* قبل تقديم الطلب ويجب أن يكون مقيماً في عقد الإيجار إذا لم يكن المستأجر.
3. يجب أن يفي مبلغ الإيجار بمتطلبات معقولة إيجار وزارة الإسكان والتنمية الحضرية.
4. يجب ألا يتجاوز إجمالي الدخل الإجمالي المُجمّع من جميع المصادر لجميع الأفراد الذين يعيشون في الأسرة ٣٠٪ من متوسط الدخل السنوي. يُخصم مبلغ ١٢٧٠٠ دولار أمريكي من إجمالي الدخل للأفراد الذين يستوفون شروط الإعاقة، وفقاً لتعريف إدارة الضمان الاجتماعي أو مقدم الرعاية الصحية؛ و ١١٠٠٠ دولار أمريكي لشركاء السكن أو الأقارب بخلاف الزوج أو الزوجة.
5. يجب ألا يتجاوز إجمالي القيمة المالية المجمعة لمقدم الطلب 75000 دولار.
6. الأشخاص الذين يتلقون إعانات الإيجار بموجب القسم 8 أو برامج دعم هيئة الإسكان الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية الأخرى غير مؤهلين.

*إعفاء الأشخاص الذين يخرجون من مأوى للمشردين أو يتلقون خدمات الوقاية/التدخل للمشردين.

قائمة التحقق لبرنامج مساعدة المستأجرين

يرجى تضمين جميع عمليات التحقق المعمول بها مع طلبك لتجنب التأخير في عملية التحديد. يرجى استخدام القائمة أدناه كمرجع لا يجب إرجاع هذه الصفحة

1. نسخة من عقد الإيجار الحالي أو عقد الإيجار (الصفحة التي تحتوي على اسمك ومبلغ الإيجار)

2. التحقق من الدخل لجميع مصادر دخل **جميع الأفراد** المقيمين في المنزل:

_____ الضمان الاجتماعي ومزايا الدخل التأميني الإضافي (كتاب المنح)
_____ دخل العمل (كشف الراتب)
_____ مزايا الإثبات أو التقاعد
_____ إثبات المعاش
_____ مزايا المعاش
_____ دخل دعم الأطفال
_____ مزايا المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة
_____ تعويض البطالة
_____ دخل نزيل الغرفة
_____ العائلة المتوافقة أو غيرها من المساعدات المالية
_____ القروض
_____ الإقرار الضريبي
_____ أي مصادر دخل عائلي أخرى

3. معلومات الموارد لجميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل:

_____ التحقق (أحدث كشف حساب بنكي)
_____ بيانات الادخار أو التسليف والادخار
_____ نسخ من الأسهم أو السندات أو شهادات الإيداع
_____ خطط التقاعد، حسابات التقاعد، حسابات تقاعد الفرد
_____ نسخ من القيمة النقدية لبوالص التأمين على الحياة

إذا كان لديك أي أسئلة، فلا تتردد في الاتصال بـ:

كارلا روبيرسون، المشرفة
إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية/مكتب الخدمات الاجتماعية
703-746-5942

Clara.Roberson@alexandriava.gov

سامانثا هوفمان، منسقة البرنامج
إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية/مكتب الخدمات الاجتماعية
703-746-6085

Samantha.Huffman@alexandriava.gov

ملاحظة: يجب عليك إبلاغ مكتب الخدمات الاجتماعية بأي تغييرات في الدخل أو الأصول أو الإيجار أو العنوان في غضون 10 أيام من التغيير. للإبلاغ عن التغييرات يرجى الاتصال (703) 746-6085 أو البريد الإلكتروني DCHSOCSRRP@alexandriava.gov وإرفاق الوثائق الداعمة إن أمكن.



إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية

طلب مساعدة المستأجرين لكبار السن والبالغين المعاقين 2025-2026

يرجى العلم أن معالجة الطلبات تستغرق ما يصل إلى سبعة (7) أيام عمل بعد تقديم جميع المستندات. سيؤدي تقديم طلبات غير مكتملة إلى تأخير عملية اتخاذ القرار.

معلومات مقدم الطلب

الاسم _____ العرق _____ الجنس _____

رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد _____

العنوان _____ الرمز البريدي _____

الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____

عدد سنوات العيش في الإسكندرية؟ _____

ما هي لغتك الأساسية؟ _____ ما هو أعلى مستوى تعليمي لك؟ _____

هل أنت معاق؟ نعم ☐ لا ☐ هل سبق لك أن تعرضت للتشرد في الماضي؟ نعم ☐ لا ☐

هل تتلقى حاليا إعانة إيجار؟ نعم ☐ لا ☐
(بعض الأمثلة هي الإسكان العام أو القسم 8 من قسائم الإسكان أو الشهادات)

الاتصال في حالات الطوارئ/المستفيد:

الاسم _____ الهاتف _____

العنوان _____ الرمز البريدي _____

معلومات الزوج

اسم الزوج _____ العرق _____ الجنس _____

رقم الضمان الاجتماعي للزوج _____ تاريخ الميلاد الزوج _____

أعلى مستوى دراسي للزوج؟ _____

هل زوجك معاق؟ نعم ☐ لا ☐

املأ جميع الخانات

المعلومات المنزلية

يرجى ذكر قيمة إيجارك الشهري \$ _____

اسم المجمع السكني _____

ما هو نوع السكن الذي توجره؟ ☐ بيت ☐ شقة

كم عدد غرف النوم؟ ☐ استوديو ☐ شقة بغرفة نوم واحدة ☐ شقة بغرفتي نوم ☐ شقة بثلاثة غرف نوم ☐ شقة بأربعة غرف نوم ☐

هل أتعاب المرافق مدرجة في قيمة الإيجار؟ نعم ☐ لا ☐ إذا كانت إجابتك لا، فما هي المرافق التي تدفع أتعابها؟ _____

كم تنفق شهريا على: المرافق _____ الطعام _____ الهاتف _____ النقل _____ الأدوية _____

هل تحصل على أي من المساعدات التالية: ميديكيد نعم ☐ لا ☐ SNAP / طوابع الطعام نعم ☐ لا ☐

ميديكيد نعم ☐ لا ☐ ميديكيد نعم ☐ لا ☐ برنامج المساعدة الغذائية التكميلية/طوابع الطعام نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ \$ _____

يرجى ذكر المعلومات التالية لجميع الأفراد الذين يقيمون في مكان إقامتك باستثناءك أنت وزوجك.

الاسم	العلاقة	رقم الضمان الاجتماعي #.	العمر	الجنس	تاريخ الميلاد
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

معلومات الدخل

اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	الزوج	مقدم الطلب	يرجى ذكر جميع الإيرادات الخاصة بك وبزوجك وبجميع أفراد الأسرة الآخرين
\$	\$	\$	\$	\$	مزاي الضمان الاجتماعي
\$	\$	\$	\$	\$	المعاش
\$	\$	\$	\$	\$	الراتب والمكافآت والعمولات
\$	\$	\$	\$	\$	المعاش التقاعدي
\$	\$	\$	\$	\$	النفقة/دعم الطفل
\$	\$	\$	\$	\$	مساعدة الإيجار
\$	\$	\$	\$	\$	المساهمات من الآخرين
\$	\$	\$	\$	\$	إيرادات الإيجار التي تتلقاها
\$	\$	\$	\$	\$	الفوائد والأرباح (تشمل سندات الولاية/البلدية)
\$	\$	\$	\$	\$	مصادر الدخل الأخرى (البطالة، الأجر المرضي، مدفوعات العجز، الهدايا، التركات، المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة، إلخ.)

\$	\$	\$	\$	\$	الدخل الإجمالي
----	----	----	----	----	----------------

قم بإرفاق ورقة إضافية إذا كان عدد أفراد العائلة الإضافيين أكثر من ثلاثة

معلومات الاستحقاق المالي					
اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	الزوج	مقدم الطلب	قائمة قيمة الأصول لك ولزوجتك ولأفراد الأسرة الآخرين:
\$	\$	\$	\$	\$	النقد في متناول اليد
\$	\$	\$	\$	\$	الحسابات البنكية
\$	\$	\$	\$	\$	حسابات الإدخال
\$	\$	\$	\$	\$	الرهون العقارية على الصناديق الاستثنائية/الديون الديون المستحقة علي
\$	\$	\$	\$	\$	ديون أخرى وحسابات مستحقة علي
\$	\$	\$	\$	\$	الأسهم والسندات المدرجة
\$	\$	\$	\$	\$	التأمين على الحياة (القيمة النقدية)
\$	\$	\$	\$	\$	المعاش (القيمة النقدية)
\$	\$	\$	\$	\$	العقارات المملوكة
\$	\$	\$	\$	\$	القيمة السوقية العادلة للسيارات
\$	\$	\$	\$	\$	مجموع الأصول

إعلان

أعلن بموجب العقوبات المنصوص عليها في القانون أن هذه الإفادة الخطية والبيان المالي وأية جداول ووثائق مصاحبة تم فحصها من قبلي وعلى حد علمي صحيحة وصادقة وكاملة. يمنح توقيعني التفويض لهذه الهيئة بالإفراج عن جميع المعلومات اللازمة لتحديد ومراجعة أهليتي لهذا البرنامج. هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من تاريخ توقيعني أدناه. *يجب على أي شخص يوقع لصالح مقدم الطلب التوقيع على اسم مقدم الطلب وتقديم اسمه وعنوانه ورقم هاتفه في المساحة المتوفرة أدناه للموقع.

يرجى الملاحظة: يجب عليك إبلاغ مكتب خدمات المجتمع بأي دخل أو أصول أو تغييرات في الإيجار أو العنوان خلال 10 أيام من التغيير. للإبلاغ عن التغييرات يرجى الاتصال **(703)746-6085** أو البريد الإلكتروني DCHSOSRRP@alexandriava.gov وإرفاق الوثائق الداعمة إن أمكن.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع الزوج

التاريخ

*مُعدّ الإفادة الخطية (الموقع)

عنوان مُعدّ الإفادة

رقم هاتف مُعدّ الإفادة

املا جميع الخانات