



إدارة المجتمع والخدمات الإنسانية

مساعدة المستأجرين
لبار السن والبالغين المعاقدين

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 سنويًا للمستأجرين ذوي الدخل المنخفض وأو كبار السن وأو 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 المبلغ الممول لهذا البرنامج، سيتم وضع المتقدمين الجدد على قائمة الانتظار. عندما ينال مشترك جديد في البرنامج، سيتم إعطاء الأولوية للمتقدمين على قائمة الانتظار وفقاً لتاريخ الترشد وأو الحاجة إلى خدمات الوقاية/التدخل لدعم المشردين والمشاركة في البرامج الأخرى في البرنامج الإنسانية بالمقاطعة وقيمة إيجارهم عالية نسباً إلى الدخل ومن المستفيدون السابقين من برنامج مساعدة المستأجرين.

متطلبات التأهيل

1. يجب أن يكون عمر مقدم الطلب 65 عاماً أو أكثر وأو أن يكون معاقة بشكل دائم وكامل وفقاً لمعايير الضمان الاجتماعي أو تقديم نموذج شهادة إعاقه من طبيب مرخص. *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 والتربية الحضرية.
4. يجب ألا يتجاوز إجمالي الدخل الإجمالي المُجمع 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 الإعاقه، وفقاً لتعريف إدارة الضمان الاجتماعي أو مقدم الرعاية الصحية؛ و ١١٠٠٠ دولار أمريكي لشركاء السكن أو الآقارب 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 طلب 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 وملحوظة 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 القاعد	_____
إثبات المعاش	_____
مزايا المعاش	_____
دخل دعم الأطفال	_____
مزايا المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة	_____
تعويض البطلة	_____
دخل نزيل الغرفة	_____
العائلة المتواقة أو غيرها من المساعدات المالية	_____
القروض	_____
الإقرار الضريبي	_____
أي مصادر دخل عائلية أخرى	_____

3. معلومات الموارد لجميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل:

التحقق (أحدث كشف حساب بنكي)	_____
بيانات الأدخار أو التسليف والأدخار	_____
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.Huffmany@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) 6085-746 أو البريد الإلكتروني DCHSOCSSRRP@alexandriava.gov وإرفاق الوثائق الداعمة إن أمكن.



ادارة المجتمع والخدمات الإنسانية

طلب مساعدة المستاجرين لكتاب السن والبالغين المعاقين 2025-2026

يرجى العلم أن معالجة طلبات 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 _____ الجنس _____ العرق _____

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 حالياً إعانة إيجار؟ نعم لا
(بعض الأمثلة هي الإسكان العام أو القسم 8 من قسم الإسكان أو الشهادات)

الاتصال في حالات الطوارئ/المستفيد:

الاسم _____ الهاتف _____

العنوان _____ الرمز البريدي _____

معلومات الزوج

اسم الزوج _____ الجنس _____ العرق _____

رقم الضمان الاجتماعي للزوج _____ تاريخ الميلاد الزوج _____

أعلى مستوى دراسي للزوج؟ _____

هل زوجك معاق؟ نعم لا

املاً جميع الخانات

يرجى ذكر قيمة إيجارك الشهري \$

اسم المجمع السكني

ما هو نوع السكن الذي تؤجره؟ بيت شقةكم عدد غرف النوم؟ استوديو شقة بغرفة نوم واحدة شقة بثلاثة غرف نوم شقة بأربعة غرف نوم هل أتعاب المرافق مدرجة في قيمة الإيجار؟ نعم لا إذا كانت إيجارتك لا، فما هي المرافق التي تدفع أتعابها؟ _____

كم تنفق شهريا على: المراافق _____ الأدوية _____

الهاتف _____ القل _____ الطعام _____

هل تحصل على أي من المساعدات التالية: ميديكيد نعم لا طوابع الطعام 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 باستثنائك 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	الزوج	مقدم الطلب	يرجى ذكر جميع الإيرادات الخاصة بك و碧زوجك وبجميع أفراد الأسرة الآخرين
\$	\$	\$	\$	مزايا 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، مدفوّعات العجز، الهدايا، التركات، المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة، إلخ.)
\$	\$	\$	\$	الدخل الإجمالي

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

معلومات الاستحقاق المالي

قائمة قيمة الأصول لك ولزوجتك ولأفراد الأسرة الآخرين:	مقدم الطلب	الزوج	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة	اسم عضو آخر من أفراد العائلة
النقد في متناول اليد	\$	\$	\$	\$	\$
الحسابات البنكية	\$	\$	\$	\$	\$
حسابات الإدخار	\$	\$	\$	\$	\$
الرهون العقارية على الصناديق الاستثمارية/الديون الديون المستحقة على	\$	\$	\$	\$	\$
ديون أخرى وحسابات مستحقة على	\$	\$	\$	\$	\$
الأسهم والسنادات 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 قبلني وعلى حد علمي صحيحة وصادقة و كاملة. يمنحك توقيعي التفويض لهذه الهيئة بالإفراج عن جميع المعلومات اللازمة لتحديد ومراجعة أهليتي لهذا البرنامج. هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من تاريخ توقيعي 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 بأى دخل أو أصول أو تغييرات في الإيجار أو العنوان خلال 10 أيام من التغيير. للإبلاغ عن التغييرات يرجى الاتصال **6085-746-703** أو البريد الإلكتروني DCHSOCSSRP@alexandriava.gov وإرفاق الوثائق الداعمة إن أمكن.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع الزوج

التاريخ

*معد الإفادة الخطية (الموقع)

عنوان معد الإفادة

رقم هافت معد الإفادة

أملأ جميع الخانات