



د ټولنیزو او بشري خدماتو څانګه

د مشرانو او دایمي/په بشپړه توګه معلولیت لرونکو افرادو پروګرام

په ضمیمه کې د 2025-2026 د کرایي مرستې پروګرام لپاره غوښتنلیک دی. د دې پروګرام له لارې د کرایي مرستې په پام کې نیولو لپاره،
مهرباني وکړئ غوښتنلیک بشپړ کړئ او ژر تر ژره یې د اړینو اسنادو سره یوځای (چک لیست وګورئ) او دې پټي ته یې واستوئ:

د ټولنیزو او بشري خدماتو څانګه (DCHS)
د ټولنیزو خدماتو د پاملرنې دفتر: Samantha Huffman
Mark Center Dr., 5th Floor 4850
Alexandria, Virginia 22311
6085-746-703

د پروګرام معلومات

د مشرانو د کرایي مرستې پروګرام په الکسندریه ښار کې د ټیټ عاید، مشرانو او/یا معلولينو کرایه کوونکو ته په کال کې تر 6,000 امریکایي
ډالرو پورې مرسته وړاندې کوي. تادیات په میاشتنۍ برخو کې په مستقیم ډول د پروګرام ګډونوالو ته ورکول کېږي. فنډونه د کورنۍ د اړتیاوو د
پوره کولو لپاره کارول کېدای شي.

غوښتنلیکونه به د کال په اوږدو کې منل کېږي. که د منل شوو غوښتونکو شمیر د دې پروګرام لپاره د تمویل شوي مقدار څخه زیات شي، نو نوې
غوښتونکي به په انتظار لیست کې ځای پر ځای شي. کله چې د پروګرام لپاره یو ځای خالي شي، په انتظار لیست کې غوښتونکي به د بې کورۍ
مخینې او/یا د بې کوره توب د مخنیوي/مداخلې خدماتو د شرایطو، د DCHS دننه د نورو پروګرامونو سره ښکیلتیا، د کرایي او عاید ترمنځ د لوړ
تناسب، او د پخواني کرایي مرستې تر لاسه کوونکي په اساس لومړیتوب ورکړل شي.

د وړتیا شرایط

1. درخواست کوونکي باید 65 کلن یا له دې څخه زیات عمر ولري او/یا د ټولنیز امنیت د معیارونو له مخې دایمي او په بشپړه توګه معلول وي یا د معلولیت تصدیق فورمه د جواز لرونکي ډاکټر لخوا وړاندې کړي. *فورمه د غوښتنې په صورت کې وړاندې کېدای شي.
2. غوښتونکي باید د غوښتنلیک وړاندې کولو څخه لږ تر لږه 12 میاشتې *د الکسندریې ښار اوسیدونکي وي او که د کرایي لرونکي نه وي، نو باید د کرایي تړون کې د اوسیدونکي په توګه شامل وي.
3. د کرایي اندازه باید د HUD د کرایي معقولیت شرایط پوره کړي.
4. د کورنۍ د ټولو افرادو څخه د ټولو سرچینو څخه ټولیز ناخالص عاید باید په کال کې 25,600 ډالرو 30% AMI. د هغو کسانو لپاره چې د معلولیت شرایط پوره کوي، لکه څنګه چې د SSA یا طبي چمتو کونکي لخوا تعریف شوي دي، د ناخالص عاید څخه 12,700 ډالر تخفیف ورکول کېږي؛ او د کوتي ملګري یا د خاوند/مېرمنې پرته نورو خپلوانو لپاره 11,000 ډالر تخفیف ورکول کېږي.
5. د غوښتونکي ټول مالي ارزښت باید له 75,000 ډالرو څخه زیات نه وي.
6. هغه کسان چې د 8 مادي یا نورو فدرالي، ایالتي یا سیمه ایزې استوګنې ادارې د مرستندویه پروګرامونو لاندې د کرایي مرستې تر لاسه کوي، ددې پروګرام لپاره وړ نه دي.

*د هغو کسانو لپاره معافیت چې د بې کوره سرپناه څخه راوځي یا د بې کورۍ د مخنیوي/مداخلې خدمات تر لاسه کوي.

د کرایي مرستي پروگرام چک لیست

مهرباني وکړئ د غوښتنلیک سره یوځای ټول اړوند تصدیقونه ضمیمه کړئ ترڅو د ټاکنې په پروسه کې د خنډ مخه ونیول شي. مهرباني وکړئ لاندې لیست د حوالې په توګه وکاروئ. اړتیا نشته چې دا پاڼه بیرته وسپارل شي.

1. د اوسني کرایي یا کرایي تړون کاپي (هغه پاڼه چې ستاسو نوم او د کرایي اندازه پکښې وي)

2. په کور کې د ټولو اوسیدونکو اشخاصو لپاره د عاید د ټولو سرچینو لپاره د عاید تصدیق:

_____ د ټولنیز امنیت او SSI امتیازات (جایزه لیک)
_____ د کار ګمارنې عاید (د معاش پانې)
_____ تصدیق یا د تقاعد امتیازات
_____ د کلنۍ ټاډي تصدیق
_____ د تقاعد امتیازات
_____ د ماشوم ملاتړ عاید
_____ د TANF امتیازات
_____ د بي کارۍ جبران
_____ د کورنۍ کرایي عاید
_____ د کورنۍ دوامداره یا نوري مالي مرستي
_____ پورونه
_____ د ماليې بیرته ورکول
_____ د کورنۍ کوم بل عاید

3. په کور کې د ټولو اوسیدونکو اشخاصو لپاره د سرچینو معلومات:

_____ چیکنګ اکونټ (د بانک وروستی سټیټمنټ)
_____ د سپما یا کریډیټ اتحادیې سټیټمنټونه
_____ د ونډو، بانډونو یا CD کاپیاني
_____ د تقاعد پلانونه، د تقاعد حسابونه، IRAs
_____ د ژوند د بیمې د پالیسیو د نغدي ارزښت کاپیاني

که تاسو کومې پوښتنې لرئ، مهرباني وکړئ د لاندې کسانو سره اړیکه ونیسئ:

Clara Roberson، څارونکې
د ټولنیزو خدماتو دفتر/DCHS
703-746-5942
Clara.Roberson@alexandriava.gov

Samantha Huffman، د پروګرام همغږي کوونکې
د ټولنیزو خدماتو دفتر/DCHS
703-746-6085
Samantha.Huffman@alexandriava.gov

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ: تاسو باید د ټولنیزو خدماتو دفتر ته د هر ډول عاید، شتمنیو، کرایي یا د پټي د بدلون په اړه د بدلون څخه د 10 ورځو په ترڅ کې خبر ورکړئ. د بدلونونو د راپور ورکولو لپاره، مهرباني وکړئ 703-746-6085 ته زنگ ووهئ یا DCHSOCSRRP@alexandriava.gov ته بریښنالیک واستوئ او که امکان ولري، ملاتړي اسناد هم ورسره ضمیمه کړئ.



د ټولنيزو او بشري خدماتو څانګه

د کرایي مرستې پروګرام غوښتنلیک 2025-2024

مهرباني وکړئ خبر اوسئ چې غوښتنلیکونه د ټولو اسنادو د وړاندې کولو وروسته تر پنځو (5) کاري ورځو پورې وخت نیسي ترڅو پروسس شي. که په غوښتنلیک کې موارد نه وي ضمیمه شوي، نو دا به په پروګرام کې د ټاکلو پروسه اوږده کړي.

د غوښتونکي معلومات

نوم _____ نسل _____ جنس _____

د ټولنیز امنیت شمېره _____ د زیربډلو نېټه _____

پته _____ پوستي کوډ _____

تېلېفون _____ برېښنالیک _____

په اسکندريه کې څو کلونه کېږي چې ژوند کوي؟ _____

ستاسې لومړنۍ ژبه کومه ده؟ _____ ستاسې د زده کړې تر ټولو لوړه کچه څه ده؟ _____

ایا ته معلول یې؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تاسو اوس مهال د کرایي مرستې تر لاسه کوئ؟ ☐ هو ☐ آيا تاسو په تیرو وختونو کې د بې کوره کیدو سره مخ شوي یاست؟ ☐ هو ☐ نه
(ځینې مثالونه یې دولتي کورونه یا د 8 مادي د کورونو کوپونونه یا سندونه دي)

د بیرني اړیکې/تادیه کوونکي معلومات:

نوم _____ تېلېفون _____

پته _____ پوستي کوډ _____

د ژوند ملګري معلومات

د ژوند ملګري نوم _____ نسل _____ جنس _____

د ژوند ملګري نوم د ټولنیز امنیت شمېره. _____ د ژوند ملګري د زیربډلو نېټه _____

د ژوند ملګري د زده کړو تر ټولو لوړ کچه؟ _____

آيا ستاسو د ژوند ملګري/ملګري معلولیت لري؟ ☐ هو ☐ نه

ټولې برخې بشپړې کړئ

د کورنۍ معلومات

مهرباني وکړئ د خپلي مياشتني کرایې مسؤلیت دالر وليکئ
د اپارتمان کمپلکس نوم: _____

تاسو کوم ډول کور کرایه کوئ؟ ☐ کور ☐ اپارتمان

څومره خوب خوني لري؟ ☐ ستوډيو اپارتمان ☐ 1 خوب خونه اپارتمان ☐ 2 خوب خوني ☐ 3 خوب خوني ☐ 4 خوب خوني
ايا ستاسو د کرایې په شمول د خدماتو بیلونه شامل دي؟ ☐ هو ☐ نه که نه، تاسو کوم خدماتو بیلونه ورکوئ؟ _____
تاسو په میاشت کې څومره مصرف کوئ:

برېښنا _____ دالر خواړه _____ دالر ټیلیفون _____ دالر ترانسپورت _____ دالر درمل _____ دالر

ايا تاسو له لاندې خدماتو څخه کوم یو ترلاسه کوئ:

طبي پاملرنه ☐ هو ☐ نه طبي مرستې ☐ هو ☐ نه SNAP/د خوړو کوپون ☐ هو ☐ نه که هو، اندازه _____ دالر

مهرباني وکړئ لاندې معلومات د ټولو هغو اشخاصو لپاره ذکر کړئ چې ستاسو او ستاسو د ژوند د ملګري پرته ستاسو په استوګنځي کې ژوند کوي.
نوم اړیکه ټولنیز امنیت شمېره عمر جنس د زیربډلو نېټه

د عاید معلومات

د کورنۍ د بل غړي نوم	د کورنۍ د بل غړي نوم	د کورنۍ د بل غړي نوم	مېرمن/خاوند	درخواست کوونکی	مهرباني وکړئ ستاسو، ستاسو د ژوند ملګري، او د کورنۍ د ټولو نورو غړو ټول عاید ذکر کړئ.
\$	\$	\$	\$	\$	د ټولنیز امنیت امتیازات
\$	\$	\$	\$	\$	تقاعد
\$	\$	\$	\$	\$	تتخوا، بونس او کمېشنونه
\$	\$	\$	\$	\$	د تقاعد امتیازات
\$	\$	\$	\$	\$	ننقه/د ماشوم ملاتړ
\$	\$	\$	\$	\$	د کرایې مرسته
\$	\$	\$	\$	\$	د نورو مرستې
\$	\$	\$	\$	\$	د کرایې عاید چې تاسو یې ترلاسه کوئ
\$	\$	\$	\$	\$	سود او ګټه (د ایالتی/ښاروالی باندونو په شمول)
\$	\$	\$	\$	\$	نور عاید (بې کاري، د ناروغۍ معاش، د معلولیت پیسې، ډالۍ، وصیتونه، TANF او نور)
\$	\$	\$	\$	\$	ټول ناخالص عاید

که چیرې د کورنۍ له دریو څخه ډیر غړي ولری، نو اضافي پاڼه ضمیمه کړئ.

د مالي ارزښت معلومات

د کورنۍ د بل غړي نوم	د کورنۍ د بل غړي نوم	د کورنۍ د بل غړي نوم	مېرمن/ خاوند	درخواست کوونکی	د شتمنیو ارزښت چې تاسو، ستاسو میره/ښځه، او د کورنۍ نور غړي یې لري، ذکر کړئ:
\$	\$	\$	\$	\$	نغدي پیسې په لاس کې
\$	\$	\$	\$	\$	چیکنگ حسابونه
\$	\$	\$	\$	\$	د سپما حسابونه
\$	\$	\$	\$	\$	د امانتونو/نوټو قرضونه زما پر ذمه
\$	\$	\$	\$	\$	نور نوټونه او حسابونه چې زما پر ذمه دي
\$	\$	\$	\$	\$	لیست شوي سټاکونه او بانډونه
\$	\$	\$	\$	\$	د ژوند بیمه (د نغدي پیسو ارزښت)
\$	\$	\$	\$	\$	تقاعد (د نغدي پیسو ارزښت)
\$	\$	\$	\$	\$	ملکیت لرونکی جایدا
\$	\$	\$	\$	\$	د موټرو مناسب بازار ارزښت
\$	\$	\$	\$	\$	ټوله شتمني

اعلامیه

زه اعلان کوم چې د قانون له مخې د جرمې په وړاندې، دا حلیفه، مالي بیان، او هر ډول ملحقې مهالویشونه او اسناد ما تر بیاکتنې لاندې نیولي دي، او زما د معلوماتو په اساس، دا ریښتیا، سم او بشپړ دي. زما لاسلیک دې ادارې ته د ټولو هغو معلوماتو د خپرولو واک ورکوي چې د دې پروګرام لپاره زما وړتیا معلومولو او بیاکتنې لپاره اړین دي. دا اجازه لیک زما د لاسلیک نیتي څخه د یو کال لپاره معتبر دی. *هر هغه کس چې د غوښتونکي لپاره لاسلیک کوي باید د غوښتونکي په نوم لاسلیک وکړي او خپل نوم، پته، او د تلیفون شمېره په لاندې ورکړل شوي ځای کې د لاسلیک کوونکي په توګه ورکړي.

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ: تاسو باید د ټولنیزو خدماتو دفتر ته د هر ډول عاید، شتمنیو، کرایې یا د پټي د بدلونونو په اړه د بدلون څخه د 10 ورځو په ترڅ کې خبر ورکړئ. د بدلونونو د راپور ورکولو لپاره، مهرباني وکړئ - (703) 746-6085 ته زنگ ووهئ یا DCHSOCSRRP@alexandriava.gov ته بریښنالیک واستوئ او که امکان ولري، ملاتړي اسناد هم ورسره ضمیمه کړئ.

نېټه	د غوښتونکي لاسلیک
نېټه	د ژوند ملګري لاسلیک
نېټه	*د حلف نامې چمتو کوونکی (لاسلیک کوونکی)
د حلف نامې د چمتوونکي پته	

د حلف نامې د چمتوونکي د تلیفون شمېره

ټولې برخې بشپړې کړئ