



## EVERETT MATTERS COVID AID APPLICATION

الإرشادات: يرجى إكمال الاستمارات التالية. لن تتم معالجة الاستمارات غير الكاملة. يجب إرسال الاستمارات المكتملة إلى:

[EverettCares@ci.everett.ma.us](mailto:EverettCares@ci.everett.ma.us)

1. الاسم:

2. العنوان في Everett:

3. هل تتلقى رسائل إلكترونية على هذا العنوان؟  نعم  لا

4. رقم هاتف جهة الاتصال: \_\_\_\_\_

5. عدد أفراد العائلة الذين يقيمون معك على هذا العنوان: \_\_\_\_\_

ما عدد الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 18 سنة:

ما عدد الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة:

6. يُرجى توفير أي وثائق تثبت خسارة الدخل بسبب جائحة كوفيد-19. هذا يشمل إبراز وثائق تثبت أنك تأخرت عن تسديد الإيجار و/أو كشف بنكي مطبوع و/أو وصلين من وصولات الدفع من آخر 30 يوماً من البطالة.

إذا تعذر عليك توفير كشف حساب بنكي مطبوع، فيرجى تحميل شهادة موقعة تفيد بما يلي "يتعذر عليّ أنا، (الاسم المطبوع) تسديد الإيجار المستحق بسبب جائحة كوفيد-19 ويتعذر عليّ توفير كشف بنكي" – يُرجى تضمين التوقيع والتاريخ.

يُرجى تحميل عقد الإيجار والهوية وإثبات الدخل الحالي (وصلين من وصولات الدفع من آخر 30 يوم عمل لجميع أفراد الأسرة؛ إذا كنت عاطلاً عن العمل، فيُرجى توفير إثبات الحصول على مزايا البطالة من قسم البطالة في ماساتشوستس)

7. هل تشكو من إعاقة ما في الوقت الحالي؟ ◆ نعم ◆ لا

8. هل أنت محارب قديم؟ ◆ نعم ◆ لا

9. هل يعمل أحد أفراد عائلتك؟ ◆ نعم ◆ لا

10. هل يحصل أحد أفراد عائلتك على إعانات البطالة؟ ◆ نعم ◆ لا

11. هل تتلقى مساعدة غذائية أخرى؟ (حدد جميع الإجابات الصحيحة)

◆ SNAP

◆ WIC

◆ P-EBT

◆ لا أتلقى مساعدة غذائية.

12. ما اللغة التي تفضل أن يتم استخدامها للتواصل معك؟

◆ الإنجليزية

◆ الإسبانية

◆ غير ذلك: \_\_\_\_\_

13. هل تأثرت قدرتك على تلبية مصروفات المعيشة اليومية بطريقة سلبية بسبب جائحة كوفيد-19؟ يرجى التوضيح

14. ما الذي تحتاج إلى المساعدة بشأنه؟ (حدد جميع الإجابات الصحيحة)

- مساعدة غذائية
- مساعدة في تسديد الإيجار
- مساعدة قانونية (ترحيل)
- مساعدة في توفير المأوى في حالات الطوارئ
- غير ذلك