

اداره‌ی خدمات انسانی

فهرست تأیید

اداره‌ی محلی نظارت بر خدمات خانواده و کودکان

اسم _____ مدیر/مراجعه‌کننده: _____
 آدرس _____ شماره‌ی پرونده: _____
 تاریخ ارسال/مقرر: _____

موارد بررسی شده‌ی زیر را باید _____ دریافت کند. بدون این موارد ممکن است قادر به تعیین شایستگی شما نباشیم. ممکن است فرم تقاضا یا پرونده‌ی درحال جریان شما رد یا مختومه اعلام شود، یا ممکن است بعضی افراد واجد شرایط نباشند. می‌توانید اطلاعات‌تان را به _____ فکس کنید. چنانچه قادر به دریافت اطلاعات درخواستی نیستید یا به زمان بیشتری نیاز دارید، از طریق تماس تلفنی یا ایمیل با کارمند خود تماس حاصل فرمایید.

کوپن غذا	تأمین خدمات درمانی نیازمندان	کمرسانی موقتی به خانواده‌های نیازمند	کوپن غذا	English	کوپن غذا	تأمین خدمات درمانی نیازمندان	کمرسانی موقتی به خانواده‌های نیازمند
				بررسی کالاها یا صورت وضعیت از سوی کارفرما برای: تأمین کالاها - - - - - به مدت:			مدرک از سوی منبع تأمین اجتماعی، درآمد تأمین تکمیلی یا مزایای سربازان بازنشسته یا بیکاری یا درآمدهای دیگر به خانواده تان برای:
				اثبات وضعیت شهروندی/خارجی برای:			اظهار (اظهارات) تاریخ‌دار و امضاء شده از سوی شخصی (اشخاصی) که به خانواده‌تان پول می‌دهند، خدمات حمایت از کودک یا سایر کمک‌ها ارائه می‌دهند.
				اثبات شماره‌ی تأمین اجتماعی/ فرم تقاضا برای:			سایر: (هرگونه تأییدیه‌ای که لازم‌هی تعیین شایستگی است)
				اثبات هویت برای:			

حضوراً یا از طریق ایمیل مدرک موارد بررسی شده‌ی زیر را ارسال نمایید، در غیر اینصورت از این پول به عنوان تخفیفی در کوپن غذا استفاده نخواهیم کرد و ممکن است قادر به تعیین شایستگی شما برای کمک رسانی به خانواده‌های نیازمند یا تأمین خدمات درمانی نیازمندان نباشیم.

فقط کوپن غذا	فقط تأمین خدمات درمانی نیازمندان	فقط کمک رسانی به خانواده‌های نیازمند
❑ پرداخت اجاره/ رهن کنونی	❑ اطلاعات درباره‌ی پدر یا مادر (والدین) غایب:	❑ اطلاعات درباره‌ی پدر یا مادر (والدین) غایب:
❑ بیمه‌ی صاحب‌خانه و/یا پرداخت مالیات	❑ مدرک فرم تقاضا برای	❑ مدرک فرم تقاضا برای
❑ گاز، برق، تلفن کنونی، یا سایر هزینه‌های عمومی	❑ اظهارات پزشک یا تأمین‌کننده‌ی سلامت به منظور تأیید حاملگی و موعد مقرر برای:	❑ اظهارات پزشک یا تأمین‌کننده‌ی سلامت به منظور تأیید حاملگی و موعد مقرر برای:
❑ هزینه‌های درمانی (پزشک، گردش، تجویز دارو، بیمه‌ی خدمات درمانی، حق بیمه، خدمات بیمارستانی) برای:	❑ هزینه‌های درمانی (پزشک، گردش، تجویز دارو، بیمه‌ی خدمات درمانی، حق بیمه، خدمات بیمارستانی) برای:	❑ سابقه‌ی مایه‌کوبی برای:
❑ تعهد قانونی پرداخت مبلغ حق حمایت از کودک برای شخصی که در خانۀتان حضور ندارد	❑ اظهارنامه‌ی شهروندی برای:	❑ تعهد قانونی پرداخت مبلغ حق حمایت از کودک برای شخصی که در خانۀتان حضور ندارد
❑ مخارج مراقبت از کودک برای:	❑ اثبات بیمه‌ی خدمات درمانی دیگر یا بیمه‌ی شخص ثالث	❑ مخارج مراقبت از کودک برای:
❑ سایر موارد: (محل اقامت، غیره)	❑ سایر موارد:	❑ سایر موارد: (اثبات مراقبت پیش از تولد، وضعیت بانگی کنونی، فیره)