

معلومات المشارك	
إسم المشارك:	
التعليمات: هذه الإستمارة للمصادقة على الدخل الذي حصل عليه الفرد المذكور أعلاه لأغراض المشاركة في برنامج منحة حلول الطوارئ (ESG). سيتم استخدام هذه المعلومات فقط لتحديد الأهلية ومستوى الاستحقاقات (المزايا) التي قد تتلقاها الأسرة. الرجاء إكمال القسم المحدد أدناه فقط والذي يتضمن تخويلاً للإفصاح عن المعلومات.	
الرجاء إعادة هذه الإستمارة إلى:	
الإسم:	العنوان الوظيفي:
العنوان:	
رقم الهاتف:	الفاكس:
	البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> الدخل الوظيفي	
تحويل المشارك: أنا أصرح بموجب هذا بالتحويل عن الإفصاح عن معلومات التوظيف التالية.	
توقيع المشارك:	التاريخ:
يقوم ممثل صاحب العمل بإكمال هذا القسم:	
اسم صاحب العمل:	تواريخ العمل:
مبلغ الدفع: دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرة كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> أخرى:
متوسط ساعات العمل:	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرة كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> أخرى:
التعويضات الإضافية يرجى تحديد ذلك (إن وجدت):	
احتمال استمرار التوظيف:	
شهادة صاحب العمل:	
الاسم كتابةً:	العنوان الوظيفي:
العنوان:	
رقم الهاتف:	الفاكس:
	البريد الإلكتروني:
توقيع ممثل صاحب العمل المعتمد:	التاريخ:
<input type="checkbox"/> مبلغ المدفوعات و/أو دخل المزايا (أكمل إستمارة واحدة لكل مصدر دخل مميز للشخص المذكور أعلاه)	
<input type="checkbox"/> المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)	<input type="checkbox"/> معاش/تقاعد
<input type="checkbox"/> تعويضات العمال	<input type="checkbox"/> دخل الضمان الاجتماعي/SSI
<input type="checkbox"/> مدفوعات إعالة الطفل	<input type="checkbox"/> تعويض البطالة
<input type="checkbox"/> أخرى (يرجى تحديد ذلك):	<input type="checkbox"/> مدفوعات رعاية التبني
<input type="checkbox"/> مدفوعات النفقة	<input type="checkbox"/> دخل من القوات المسلحة
<input type="checkbox"/> إختار واحداً:	
تحويل بالإفصاح للمشارك: أنا أخول بموجب هذا بالإفصاح عن معلومات الدفع و/أو المزايا التالية.	
التاريخ:	توقيع المشارك:
ممثل مصدر الدفع لإكمال هذا القسم:	
مبلغ الدفع أو المنفعة: دولار	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرة كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> أخرى:
المدة المتوقعة للدفع أو المنفعة هي:	
شهادة مصدر الدفع:	
الاسم كتابةً:	العنوان الوظيفي:
العنوان:	

البريد الإلكتروني:	الفاكس:	رقم الهاتف:
التاريخ:	توقيع ممثل مصدر الدفع المعتمد:	