

قدّم الطلب كاملاً مع الوثائق الثبوتية إلى
وكالة التقييم والمورد المنزلي (HARA)
المحلية. يمكنك أن تجد لائحة بحسب
محافظة على الإنترنت على

https://www.michigan.gov/documents/mshda/CERA_Contact_List_717582_7.pdf

الرجاء:

الطباعة بوضوح.

لا تدخل الوثائق الأصلية (بل أرسل نسخات
عنها).

تجنّب تأخير الإجراءات:

على الطلب أن:

- يكون كاملاً وموقعاً عليه وله تاريخ إصدار.
- يشمل كافة الوثائق الثبوتية المذكورة في قائمة التدقيق المرفقة.
- يُقدّم إلى وكالة التقييم والمورد المنزلي (HARA) المحلية.

يجوز الاحتفاظ بالطلبات المقدّمة من دون
الوثائق الثبوتية المطلوبة لمهلة 30 يوماً
أقصاه.

إن برنامج المساعدة في دفع الإيجارات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA) مصمم لإبقاء سكان ميشيغان الذين تخلّفوا عن دفع إيجاراتهم و/أو مرافقهم خلال الكوفيد-19 في منازلهم.

من مؤهل؟

تتمتع بالأهلية لدخول برنامج المساعدة في دفع الإيجارات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA) إذا كانت تتوفر لديك كافة الشروط التالية:

1. واصلك إشعار بالتأخر عن الدفع، أو إشعار بالإخلاء أو استدعاءات للحضور إلى المحكمة، أو شكوى أو حكم بالإيجارات غير المدفوعة بعد 13 مارس 2020
2. تملك إجمالي المدخول الأسري أقل من 80 في المئة من متوسط المدخول في منطقتك، وذلك لأن المنطقة
3. واجهت ضيق بسبب الكوفيد منذ 13 مارس 2020.
4. بطاقة هوية للولاية بإسم المستأجر (مع إثبات ملكية السكن الداعم في حال لم يتطابق العنوان مع الوحدة)
5. عقد إيجار بإسم المستأجر (إذا أكمل عقد إيجار خطّي)

للمزيد من المعلومات عن الأهلية، الرجاء مراجعة الأسئلة المتداولة على موقع برنامج المساعدة في دفع الإيجارات في حالات الكوفيد الطارئة (<https://michigan.gov/cera>) (CERA) أو الاتصال بوكالة التقييم والمورد المنزلي المحلية (HARA). يمكنك أن تجد لائحة بحسب محافظتك على الإنترنت على

https://www.michigan.gov/documents/mshda/CERA_Contact_List_717582_7.pdf

إخلاء المسؤولية: ستقدّم كافة الطلبات المقدّمة إلى سلطة ولاية ميشيغان المعنية بتطوير السكن.
ينبغي تقديم الطلبات كافة إلى وكالة التقييم والمورد المنزلي (HARA) المحلية.

طلب المستأجر في برنامج المساعدة في دفع الإجراءات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA)

1. معلومات عن المستأجر

رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل (رب العائلة)
ظرف مؤدي إلى إعاقة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق
محارب قديم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

2. معلومات عن الأسرة - اذكر كافة الأشخاص الذين يعيشون معك.

رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل
ظرف مؤدي إلى إعاقة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة			محارب قديم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل
ظرف مؤدي إلى إعاقة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة			محارب قديم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل
ظرف مؤدي إلى إعاقة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو الأسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة			محارب قديم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

طلب المستأجر في برنامج المساعدة في دفع الإجراءات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA)

رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل	
ظرف مؤدي إلى إعاقة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أميركي أو الآسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أميركي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق		
			محارب قديم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة					

رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل	
ظرف مؤدي إلى إعاقة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أميركي أو الآسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أميركي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق		
			محارب قديم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة					

رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل	
ظرف مؤدي إلى إعاقة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أميركي أو الآسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أميركي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق		
			محارب قديم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة					

رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)		الإسم الكامل	
ظرف مؤدي إلى إعاقة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرقية <input type="checkbox"/> غير إسباني/غير لاتيني <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني	العرق <input type="checkbox"/> هندي أميركي أو الآسكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أميركي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي أو من جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض	الجنس <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> الجنس غير المتوافق		
			محارب قديم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
العلاقة التي تربطك برب العائلة <input type="checkbox"/> طفل رب العائلة <input type="checkbox"/> زوجة أو شريك رب العائلة <input type="checkbox"/> علاقة الفرد الأخرى برب العائلة (العلاقة الأخرى التي تربطك برب العائلة) <input type="checkbox"/> غيره: فرد لا تربطه أي علاقة					

*أكمل الصفحات الإضافية عند الحاجة للإجابة على كافة أفراد العائلة

3. عنوان الأسرة (وحدة العقد)

العنوان (الرقم، الشارع، ورقم الشقة أو الجناح)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المحافظة			

4. عنوان البريد الإلكتروني إذا كان مختلفاً عن ذلك المذكور أعلاه

العنوان (الرقم، الشارع، ورقم الشقة أو الجناح)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---	---------	---------	---------------

5. معلومات الاتصال

رقم الهاتف	إسم المتصل به ورقم هاتفه لترك الرسائل	عنوان البريد الإلكتروني
------------	---------------------------------------	-------------------------

6. الضائقة التي سببها الكوفيد

الرجاء وضع علامة في المربع/المربعات التي تمثل الوضع الذي ينطبق على أسرته.

فرد أو أكثر في الأسرة مؤهل للحصول على منافع البطالة، أو

واجه خصماً من مدخوله الأسري، أو

تحمّل تكاليف كبيرة، أو

واجه ضيقات مالية أخرى سببها تفشّي الكوفيد بشكل مباشر أو غير مباشر

لا شيء مما سبق

هل أنت في خطر التشرّد أو عدم الاستقرار المنزلي بسبب تخلفك عن دفع الإيجار أو بسبب الإشعار بالإخلاء؟

نعم

لا

7. مدخول الأسرة - هل لدى أسرته أي مدخول؟ لا نعم ← مجموع المدخول الأسري الشهري بالدولار

هل تتلقى أسرته من برنامج المساعدة الغذائية؟ لا نعم

الرجاء وضع علامة إلى جانب كافة مصادر الدخل التي تلقتها أسرته خلال مدة 30 يوماً الأخيرة (شهر واحد). إرفاق الإثبات

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> رقم الضمان الاجتماعي | <input type="checkbox"/> منافع الإعاقة | <input type="checkbox"/> دخل التوظيف/الدخل المكتسب |
| <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي | <input type="checkbox"/> دخل المهنة الحرة | <input type="checkbox"/> تعويضات العمال |
| <input type="checkbox"/> منافع التقاعد/الإعترال | <input type="checkbox"/> البطالة | <input type="checkbox"/> المال المقدم من العائلة/الأصدقاء |
| <input type="checkbox"/> منافع المحاربين القدامى/المساعدات المخصصة للعسكر | <input type="checkbox"/> إعالة الطفل | <input type="checkbox"/> غيره، الرجاء أذكر: |
- المدفوعات المقدمة إلى القبائل (المساعدة في الطاقة/برنامج المساعدة في مجال الطاقة المنزلية ذات الدخل المنخفض، والجمعية العامة القبلانية، ومشاركة أرباح الكازينو/المقامرة، والمطالبة بالأراضي وغيرها)
- عائدات من الأجور أو العقود على الأراضي أو الرهون العقارية أو أي مبلغ يُدفع إلى فرد من الأسرة

إسم الفرد من الأسرة*	مصدر الدخل (ذكر اسم صاحب العمل عند الانطباق)	معدّل الأجور أو قيمة الدفع	عدد ساعات العمل في الأسبوع (عند الانطباق)	أساس الدفع (في الساعة، في الأسبوع، في الشهر، إلخ)

*أكمل الصفحات الإضافية عند الحاجة للإجابة على كافة أفراد العائلة

8. معلومات عن الإيجار

عدد الغرف في الوحدة		تواريخ الانتقال
بدل إيجار المستأجر		تاريخ الدفع الأخير
إسم صاحب/مالك الملكية		عدد أشهر التخلف عن الدفع
هل تخلفت أو قصرت في دفع بدل إيجارك		قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		مجموع قيمة الرسوم المتأخر
هل يدعم إيجارك برنامج آخر مثل برنامج قسائم اختيار المسكن، والقسم 8، والقسمة القائمة على المشاريع، والإسكان العام، إلخ؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل قدم مالك/صاحب الملكية طلباً بالإخلاء؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

9. المعلومات عن المنفعة والإنترنت

هل تخلفت أو قصرت في دفع بدل منفعتك؟		هل لديك الإنترنت في المنزل؟ في حال كان الجواب نعم، هل تريد المساعدة في دفع فاتورتك؟	
<input type="checkbox"/> نعم - عليك تعبئة المربعات المطبقة أسفله <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم - يجب دفع فاتورة/بيانات الإنترنت <input type="checkbox"/> لا	
نوع المنفعة	مزود المنفعة	قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه	يدفع المستأجر بدل المنفعة إلى
الكهرباء			<input type="checkbox"/> المالك/صاحب العقار <input type="checkbox"/> مزود المنفعة
نوع المنفعة	مزود المنفعة	قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه	يدفع المستأجر بدل المنفعة إلى
الغاز/البروبان/مدفئات أخرى			<input type="checkbox"/> المالك/صاحب العقار <input type="checkbox"/> مزود المنفعة
نوع المنفعة	مزود المنفعة	قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه	يدفع المستأجر بدل المنفعة إلى
الماء			<input type="checkbox"/> المالك/صاحب العقار <input type="checkbox"/> مزود المنفعة
نوع المنفعة	مزود المنفعة	قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه	يدفع المستأجر بدل المنفعة إلى
الصرف الصحي			<input type="checkbox"/> المالك/صاحب العقار <input type="checkbox"/> مزود المنفعة
نوع المنفعة	مزود المنفعة	قيمة المبلغ المتخلف عن دفعه أو المقصّر فيه	يدفع المستأجر بدل المنفعة إلى
القمامة*			<input type="checkbox"/> المالك/صاحب العقار <input type="checkbox"/> مزود المنفعة

*يُسمح بالتأخر عن دفع فاتورة القمامة فقط إذا كانت مشمولة بفاتورة منفعة أخرى

10. شهادة المستأجر

الأحرف الأولى	أفهم أنه إذا تم التمويل، يحل هذا الطلب فقط مشكلة التأخر في دفع بدل الإيجار والرسوم المستحقة في تاريخ دفع المساعدة في بدل الإيجار وأن كافة موجبات التأجير الأخرى تبقى إلزامية.
---------------	---

11. توقيع المستأجر

أشهد أنه بحسب علمي ومعتقداتي، كافة المعلومات المقدمة والمرققة بهذا الطلب صحيحة وحقيقية ومكتملة من كافة النواحي، فهي تكشف عن كافة مصادر المدخول في أسرتي وتمثل ظروف المعيشية الحالية بدقة. أفهم أن تقديمي لبيانات أو معلومات خاطئة بسبب حرمان من مساعدة البرنامج واحتمالية تعرّض لمحاكمة فدرالية أو من الولاية. أسمح لسلطة ولاية ميشيغان المعنية بتطوير السكن ولأي من ممثليها المفوضين بالتدقيق بصحة المعلومات المدرجة في هذا الطلب وحقيقتها. وأفهم أيضاً أن المعلومات الإضافية قد تكون ضرورية للمضي قدماً في هذا البرنامج و/أو للتحقق من أهليتي للحصول على هذه المساعدة.	
توقيع المستأجر	التاريخ

لائحة التدقيق

قبل تقديم هذا الطلب إلى برنامج المساعدة في دفع الإيجارات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA)، الرجاء مراجعة ما يلي للتأكد من أن كافة المعلومات المطلوبة مدرجة في هذا الطلب.

- نسخة عن الإشعار بالتأخر عن الدفع، أو الإشعار بالإخلاء أو الاستدعاءات للحضور إلى المحكمة، أو الشكوى أو الحكم
- نسخة عن بطاقة الهوية للولاية بإسم المستأجر (مع إثبات ملكية السكن الداعم في حال لم يتطابق العنوان مع الوحدة)
- نسخة عن أحدث عقد إيجار بإسم المستأجر (إذا أكمل عقد إيجار خطي)
- تقديم كافة الإثباتات عن المدخول الذي تلقاه فرد من العائلة يعيش في العقار ويبلغ من العمر أكثر من 18 عاماً وعن المدخول الذي لم يتلقاه
- مدخول/منافع الأسرة (البطالة، دخل الضمان التكميلي، إلخ) لشهر واحد، أو
 - نسخة عن استمارة خدمة العائدات الداخلية المقدمة في العام 2020 رقم 1040 (أول صفحتين)
 - إشعار برنامج المساعدة الغذائية باستمرار الإجراءات المتخذة لكل حالة (تطبق فقط للأسر المؤهلة من 3 أشخاص أو أقل)
- نسخة عن كافة البيانات التي تظهر المبلغ المتخلف عن دفعه عند الانطباق
- نسخة عن فاتورة/بيانات الإنترنت عند الانطباق
- طلب المالك/صاحب الملكية في برنامج المساعدة في دفع الإيجارات في حالات الكوفيد الطارئة (CERA) والوثائق المطلوبة (يحق للمالك/صاحب الملكية التقديم بشكل منفصل)
- الوثائق الثبوتية لإثبات الضيق الذي تسبب به الكوفيد (يحق للمستأجر التقديم بشكل منفصل)

نوع الضيق الذي سببه الكوفيد	الوثائق الفصلى لإظهار الإثبات	وثائق بديلة لإظهار الإثبات
تأهل فرد من الأسرة للبطالة بعد 13 مارس 2020	رسالة تحديد البطالة النقدية أو لقطات الشاشة من الموقع الإلكتروني تظهر الدفعات وإسم الشخص	رسالة موقعة من مقدم الطلب تحدد الفترة الزمنية التي تلقى فيها منافع البطالة
تعرض فرد من أسرتي لخصم 10 في المئة من مدخوله (أكثر من 500 دولار) بعد 13 مارس 2020	رسالة موقعة من مقدم الطلب تلخص ساعات العمل ومعدل الأجور والساعات ومعدلات الأجور المخصومة خلال فترة تفشي الكوفيد	رسالة موقعة من مقدم الطلب تلخص ساعات العمل ومعدل الأجور والساعات ومعدلات الأجور المخصومة خلال فترة تفشي الكوفيد
واجه فرد من أسرتي تكاليف مالية كبيرة آخر (أكثر من 500 دولار) بعد 13 مارس 2020	رسالة موقعة من مقدم الطلب يذكر فيها نوع الضيق المالي الذي واجهه خلال تفشي الكوفيد	رسالة موقعة من مقدم الطلب يذكر فيها نوع الضيق المالي الذي واجهه خلال تفشي الكوفيد
واجه فرد من أسرتي ضيق مالي آخر (أكثر من 500 دولار) بعد 13 مارس 2020	رسالة موقعة من مقدم الطلب يذكر فيها نوع الضيق المالي الذي واجهه خلال تفشي الكوفيد	رسالة موقعة من مقدم الطلب يذكر فيها نوع الضيق المالي الذي واجهه خلال تفشي الكوفيد