

إيصال إستلام وثائق الجنسية أو الهوية

تعليمات للعاملين بالمقاطعة/DSH/FQHC: عند إستلامك لوثيقة (وثائق) الجنسية و/أو الهوية الخاصة بمقدم الطلب أو المستفيد. عليك ملء هذا النموذج.

وثيقة الجنسية و/أو الهوية الخاصة بمقدم الطلب أو المستفيد:

تاريخ الميلاد: _____			
الأول	الأوسط	الأخير	
العنوان: _____			
الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
إسم الوالد إذا كان مقدم الطلب أو المستفيد طفل: _____			
الأول	الأوسط	الأخير	
BIC/CIN الخاص بمقدم الطلب أو المستفيد: _____			

<p>إسم وثيقة الجنسية/الهوية التي رأيتها: _____</p> <p>الوثيقة التي رأيتها كانت (ضع علامة أمام إختيار واحد):</p> <p><input type="checkbox"/> أصلية (ليست صورة أو نسخة موثقة)</p> <p><input type="checkbox"/> نسخة مصدقة من جهة الإصدار</p> <p>هذه الوثيقة تم إستلامها (ضع علامة أمام إختيار واحد):</p> <p><input type="checkbox"/> بالبريد</p> <p><input type="checkbox"/> باليد (من مقدم الطلب أو المستفيد)</p> <p>الإسم: _____</p> <p><input type="checkbox"/> باليد (من وصي. ممثل مفوض. أو وكيل ذو صلة قرابة)</p> <p>(إسم الشخص وصلته بمقدم الطلب أو المستفيد)</p> <p>_____</p>	<p>إسم وثيقة الجنسية/الهوية التي رأيتها: _____</p> <p>الوثيقة التي رأيتها كانت (ضع علامة أمام إختيار واحد):</p> <p><input type="checkbox"/> أصلية (ليست صورة أو نسخة موثقة)</p> <p><input type="checkbox"/> نسخة مصدقة من جهة الإصدار</p> <p>هذه الوثيقة تم إستلامها (ضع علامة أمام إختيار واحد):</p> <p><input type="checkbox"/> بالبريد</p> <p><input type="checkbox"/> باليد (من مقدم الطلب أو المستفيد)</p> <p>الإسم: _____</p> <p><input type="checkbox"/> باليد (من وصي. ممثل مفوض. أو وكيل ذو صلة قرابة)</p> <p>(إسم الشخص وصلته بمقدم الطلب أو المستفيد)</p> <p>_____</p>
---	---

قم بعمل نسخة من وثيقة الجنسية و/أو الهوية التي إستلمتها من مقدم الطلب أو المستفيد. أرجع الوثيقة (الوثائق) الأصلية لحاملها وأعطه نسخة موقعة من إيصال الإستلام. عندما يستلم عامل الأهلية الوثيقة. فإن مكتب الخدمات الإجتماعية للمقاطعة سيقوم بإعلام مقدم الطلب أو المستفيد عن هذا الإيصال إذا كانت الوثيقة (الوثائق) المقدمة مقبولة. يجب على العاملين بـ DSH/FQHC إرسال هذا الإيصال ونسخ من الوثيقة (الوثائق) إلى القسم المناسب في مكتب الخدمات الإجتماعية للمقاطعة.

County/DSH/FQHC Staff reads and signs below.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

Signature of County/DSH/FQHC Staff _____ Date: _____

Name of County/DSH/FQHC Staff (print): _____

First Middle Last

Information: _____

Name of agency County Telephone number E-mail

County fills out this box	
Case No: _____	Case Name: _____