



برنامج إغاثة مرافق الخدمات البلدية في ظل كوفيد 19 مساعدة المرافق متأخرة السداد استمارة تسجيل بيانات العملاء

*** ستتاح استمارة تسجيل بيانات العملاء هذه بلغات إضافية على: <https://bit.ly/FWoptions> ***

يجب إكمال هذه الاستمارة وإرجاعها إلى Fairfax Water بحلول 30 ديسمبر 2020 وذلك حتى تكون ضمن من ستقدم إليهم المساعدة التي يمكن أن تخفض المبالغ المستحقة عليك لخدمات المياه و/أو الصرف الصحي.

أكمل هذه الاستمارة ووقعها ثم أرسلها إلى Fairfax Water من خلال إحدى الوسائل التالية:

البريد الإلكتروني: COVIDrelief@fairfaxwater.org

703.289.6292

الفاكس:

يجب أن يكون مضمونًا بختم البريد بحلول 30 ديسمبر 2020

البريد:

Fairfax Water

لعاية: COVID Relief

Executive Park Avenue 8570

Fairfax VA, 22031

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص هذا البرنامج أو كنت تريد إكمال الطلب عبر الهاتف من خلال التحدث إلى أحد ممثلي خدمة العملاء لدينا، فيرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء لدينا على الرقم 703.698.5800 (خط التيلبرنتر 711) خلال أيام الأسبوع بين الساعة 8:00 صباحًا و6:00 مساءً.

وصف البرنامج:

تشارك Fairfax Water وكل مرفق محلي يقدم خدمة صرف صحي ضمن منطقة تقديم خدمتنا (Fairfax County) ومدينة فولز تشيرش ومدينة Fairfax، "المرافق المحلية المشاركة" في برنامج إغاثة مرافق الخدمات البلدية في ظل كوفيد 19 في ولاية فيرجينيا ("برنامج إغاثة المرافق").

بموجب برنامج إغاثة المرافق، سيكون عملاء المرافق الذين يستوفون المعايير التالية مؤهلين لتلقي مساعدة إغاثة المرافق التي يمكن أن تخفض المبالغ المستحقة عليك مقابل خدمات المياه و/أو الصرف الصحي خلال 1 مارس 2020 حتى 30 ديسمبر 2020. وفيما يلي معايير أهلية العميل:

- تجاوزت فواتير المياه والصرف الصحي لدي العميل للخدمة بين 1 مارس 2020 و30 ديسمبر 2020 موعد استحقاقها لأكثر من 30 يومًا؛ و
- تعرض العميل لضائقة اقتصادية ناجمة بشكل مباشر أو غير مباشر عن جائحة كوفيد 19؛ و
- لم يتلق العميل من قبل مساعدة قانون CARES لفواتير المياه أو الصرف الصحي من أي مصدر آخر. وقد يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المساعدة المقدمة من خلال صندوق منحة الكومنولث لإعادة البناء في فيرجينيا أو منحة الاستدامة غير الربحية في Fairfax County أو برنامج Fairfax County RISE.

حتى يتم شملك في هذه المساعدة، يجب عليك إكمال استمارة تسجيل بيانات العملاء التالية وتوقيعها وإرسالها إلى Fairfax Water (أو إكمال استمارة تسجيل البيانات عبر الهاتف) في تاريخ 30 ديسمبر 2020 أو قبله مع إضافة ردود توضح أنك تستوفي معايير أهلية العميل المبينة أعلاه. وتأتي المساعدة من تخصيص أموال إغاثة المرافق الممنوحة لشركة Fairfax Water والمرافق المحلية المشاركة التي تقدم خدمة الصرف الصحي لك.

أ. معلومات عامة

1. الاسم القانوني الكامل لصاحب الحساب: _____
2. تاريخ الطلب: _____
3. رقم حساب Fairfax Water: _____
4. عنوان الخدمة:
الشارع: _____
5. المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
6. رقم هاتف العميل: _____
7. البريد الإلكتروني للعميل: _____
7. نوع العميل: مقيم غير مقيم (يجب على العملاء غير المقيمين تقديم نموذج W-9 مع استمارة تسجيل بيانات العملاء هذه)

ب. نوع الضائقة الاقتصادية

1. للعملاء المقيمين: أكمل هذا القسم:

العملاء المقيمون: ضع علامة بجانب السبب المنطبق على الضائقة الاقتصادية إذا تعرضت أنت أو أي شخص في أسرتك لخسارة في الدخل بسبب جائحة كوفيد 19 (حدد كل ما ينطبق):

- تم تسريحني من العمل؛
- تم إغلاق مكان العمل؛
- قد أنخفضت ساعات عملي؛
- توجّب علي البقاء في المنزل لرعاية الأطفال بسبب الإغلاق مراكز الرعاية النهارية و/أو المدرسة؛
- فقدت إعالة الأطفال أو الزوج؛
- غير قادر على العمل أو تغيبت عن ساعات العمل بسبب الإصابة بكوفيد 19؛
- غير قادر على إيجاد عمل بسبب كوفيد 19؛
- غير راغب/غير قادر على المشاركة في العمل السابق بسبب المخاطر العالية من المرض الشديد بكوفيد 19؛
- أخرى (يرجى الوصف)

2. العملاء غير المقيمين: أكمل هذا القسم:

العملاء غير المقيمين: يرجى تقديم اسم العقار وأساس الضائقة الاقتصادية:

اسم العقار: _____

هل فواتير المرافق غير المدفوعة بسبب الضائقة الاقتصادية التي تعاني منها نتيجة لجائحة كوفيد 19؟
(حدد خيارًا واحدًا مما يلي)

نعم (مؤهل للإغاثة؛ قدم شرحًا أدناه)
قدم شرحًا للضائقة الاقتصادية المرتبطة بكوفيد 19:

لا (غير مؤهل للإغاثة)

ج. الشهادات المطلوبة لمساعدة إغاثة المرافق:

1. أريد تلقي أي مساعدة قد أكون مستحقًا لها قانونًا بموجب هذا البرنامج ومواصفاته.
2. أشهد أن الضائقة الاقتصادية التي حددتها في القسم (ب) من استمارة استمارة تسجيل بيانات العملاء هذه ترجع إلى جائحة كوفيد 19 وأن المعلومات الواردة في القسم ب صحيحة ودقيقة بقدر ما لدي من معرفة واعتقاد.
3. أُمح بموجب هذه الاستمارة الإذن للموظفين في Fairfax Water (وحسب الاقتضاء، المرافق المحلية المشاركة التي أحصل منها على خدمة الصرف الصحي) بمراجعة السجلات عند الضرورة للتحقق من أهليتي للحصول على المساعدة. أقر وأوافق على أنه يجوز لشركة Fairfax Water والمرافق المحلية المشاركة الاعتماد على الشهادات الواردة في استمارة تسجيل البيانات هذه، بما في ذلك الإعلان المنصوص عليه في القسم ب (أعلاه) بأن تأخير رسوم المرافق الخاصة بي يرجع إلى الضائقة الاقتصادية الناجمة عن جائحة كوفيد 19، وأية وثائق إضافية قد تكون مطلوبة لتقديمها إلى Fairfax Water أو المرفق المحلي المشارك.
4. أفهم أن Fairfax Water والمرفق المحلي المشارك الذي يقدم إليّ خدمة الصرف الصحي ستستخدم معلومات وسجلات حساب العميل الخاص بي لتحديد إغاثة المرافق الخاصة بي، إن وجدت.
5. أعلن على حد علمي، حسب ما ينطبق عليّ (اختر واحدًا فقط) ما يلي:
 لمقدمي الطلبات المقيمين: أنا الشخص الوحيد الذي يعيش في المنزل بالعنوان الموضح في هذه الاستمارة وأنا الذي قدمت طلبًا للحصول على هذه المساعدة، أو
 للمقدمي الطلبات غير المقيمين: أنا الشخص الوحيد الذي تقدم بطلب من أجل/نيابة عن صاحب الحساب غير المقيم، بما في ذلك خلفائهم، على العنوان الموضح في هذه الاستمارة وأني لست صاحب حساب حكومي. وسأقدم نموذج W-9 إلى Fairfax Water في تاريخ 30 ديسمبر 2020 أو قبله.
6. أشهد أن صاحب الحساب لم يتلق إغاثة بموجب قانون CARES لأي من المتأخرات التي أتقدم بطلب المساعدة بخصوصها من أي مصدر آخر (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، منح إعادة الإنشاء من VA أو منحة الاستدامة غير الربحية في Fairfax County أو برنامج Fairfax County RISE).
7. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة أو حجبت معلومات لأجعل نفسي مؤهلاً للحصول على مزايا لست مؤهلاً للحصول عليها، أو إذا تقدمت بطلب للحصول على المساعدة نفسي في أكثر من موقع واحد، فيجوز مقاضاتي بتهمة الاحتيال و/أو الحرمان من المساعدة في المستقبل.

8. أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين بأن المعلومات الواردة في استمارة تسجيل بيانات العملاء هذه حقيقية وصحيحة.

التاريخ	التوقيع
	الاسم بحروف واضحة
	اللقب (لأصحاب الحسابات غير المقيمين)
مخصص لاستخدام موظفي Fairfax Water:	
تاريخ الاستلام من قبل Fairfax Water: _____	
الإجراء المتخذ: _____	الفاحص: _____
المبلغ المستحق للمياه: _____	المبلغ المستحق للصحة: _____
المبلغ المطبَّق للمياه: _____	المبلغ المطبَّق للصحة: _____
تم تقديم الطلب عبر الهاتف	
بواسطة: _____	
التاريخ: _____	
الوقت: _____	