|  |  |
| --- | --- |
| **اسم المشروع:**       | **رقم القطعة:**       |
| **الشخص(الأشخاص) النازحين:** | **رقم النازح:** |
| **عنوان المسكن البديل:**       |

فحص المسكن البديل

|  |  |
| --- | --- |
| نوع المسكن البديل **[ ]** أسرة منفردة **[ ]** شقة **[ ]** RV (سيارة ترفيهية) **[ ]** دوبلكس **[ ]** منزل متنقل **[ ]** أخرى       | عدد الشاغلين |
|  | ذكر بالغ | أنثى بالغة | طفل ذكر | طفل أنثى |
|  |       |       |       |       |
| إجمالي المساحة بالقدم المربع      | عدد الغرف      | عدد غرف النوم      | نوع إمدادات المياه\* **[ ]**  بئر خاص **[ ]** المدينة **[ ]** بئر عمومي  | سعر الشراء أو الإيجار الشهري      دولار أمريكي |
|  | نعم | لا |  | نعم | لا |
| 1. مناسب هيكلياً
2. نظام كهربائي آمن وملائم
3. مُحكم ضد ظروف الطقس
4. تدفئة مناسبة (تشغيل السخان)
5. تنظيم الدخول والخروج الآمن
6. في حالة جيدة
7. عدد كاف من الغرف
8. وجود حواجز أمام المعاقين (إذا كان ينطبق)
9. إذا كان 3 طوابق أو أكثر، هل كل طابق به 2 مخرج من الممر المشترك
10. المطبخ
11. مساحة أو منطقة منفصلة لاستخدام المطبخ
12. الحوض بحالة جيدة ويعمل بشكل جيد
13. توصيل جيد بنظام الصرف الصحي
 | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | 1. توصيل مناسب بمياه الشرب الساخنة والباردة.
2. مساحة الموقد مع توصيلات المرافق
3. مساحة الثلاجة مع توصيلات المرافق

11. الحمام (الحمامات)1. مساحة كافية لإضاءة وتهوية جيدة
2. حوض يعمل بكفاءة.
3. خصوصية الاستخدام.
4. توالت مع شطاف يعمل على نحو جيد.
5. حوض استحمام أو ركن للدش يعمل بكفاءة
6. توصيلات السباكة في حالة جيدة لإمدادات المياه والصرف الصحي

12. المسكن البديل يتوافق مع المعايير السارية للإسكان والإشغال (في ملف المشروع) | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  |

**\* مُلاحظة:** إذا تم استخدام بئر عمومي، يرجى الإشارة إلى تاريخ إجراء آخر اختبار للمياه في خانة "المُلاحظات" أو إذا كان بئر خاص، يُرجى إرفاق نسخة من تقرير نتائج اختبار المياه من دائرة الصحة.

أقر أنا الموقع أدناه، بأنني قد قمت بفحص الوحدة السكنية البديلة في العنوان المشار إليه في أعلى هذا النموذج. تم الفحص لتحديد ما إذا كان المسكن البديل مؤهل لهذا النازح لتلقي مدفوعات الإسكان البديل من خلال الوكالة. **ومرفق صورة(صور) فوتوغرافية بالمسكن البديل.**

وفقاً لمعرفتي واعتقادي، فإن هذا المسكن **[ ]** يتوافق **[ ]** لا يتوافق مع معايير الوكالة كمسكن بديل مؤهل.

**المُلاحظات:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

أخصائي الانتقال التاريخ

**بيان إخلاء طرف الشخص النازح**

أفهم متطلبات المسكن البديل وأشهد وفقاً لمعرفتي بأن الوحدة العقارية المشار إليها أعلاه تتوافق مع هذه المتطلبات.

أفهم أيضاً أن البيانات، والاستنتاجات، والقرارات المشار إليها أعلاه تمت حصرياً لأغراض تحديد تأهلي لمدفوعات المسكن البديل وغير مُعدة، ولا تُمثل، ضمانات، أو تعهدات من ولاية واشنطن، أو دائرة النقل بولاية واشنطن بأن هذا المسكن البديل خالياً من العيوب. لا يعتبر فحص المسكن الآمن، والصحي، والملائم بمثابة فحص مهني للمنزل.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الشخص النازح التاريخ