***Welcome to Stillman Translations preliminary onboarding assessment!***

*This assessment has 5 sections. Make sure to follow the instructions and complete all the information needed.*

*The goal of this request is to analyze your performance and your potential.*

*Breathe in and out, and do your best. Hope we can count on you soon!*

**SECTION 1. INSTRUCTIONS**

Below you will find a special instruction for section 3:

\*Please make sure target text mirrors source format.

\*Normalize spaces.

**SECTION 2. GLOSSARY**

*In this section, you are required to complete this task:*

*\*Extract four terms (cells 1 to 4) from the text in Section 3 that you consider are worth being in the glossary.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Source** | **Target** |
| 1 | Waiver | تنازل |
| 2 | Disqualification | إقصاء/حرمان |
| 3 | Overpayment | دفع بالزيادة |
| 4 | Hearing | جلسة استماع |

**SECTION 3. TRANSLATION**

Please, add your sample translation below (between 300-500 words). Bear in mind this should be the best sample of your work!

|  |  |
| --- | --- |
| **Source** | **Target** |
| **Department of Human Services Office of Inspector General**  **WAIVER OF DISQUALIFICATION HEARING REQUEST THROUGH MAIL**  Date: Click or tap to enter a date.  «Cardholder\_First\_Name» «Cardholder\_Last\_Name»  «Address\_»  «City\_», «State» «Zip\_Code»  Food Stamp Case Number: «FS\_»  Dear: «Cardholder\_First\_Name» «Cardholder\_Last\_Name»  The Office of Inspector General has determined that you received an overpayment of $ **«Claim\_amount\_»** in the Food Stamp Program (the federal Food Stamp program is now called the Supplemental Nutrition Assistance Program or SNAP). We have scheduled or are planning to schedule your case for an Administrative Disqualification Hearing. The purpose of the hearing is to determine if there is clear and convincing evidence to show that you committed an intentional program violation.  We determined you received this overpayment from the Department of Family and Children Services. We suspect that you received benefits to which you were not entitled because you intentionally violated the laws and regulations which govern the Food Stamp program by trafficking your food stamp benefits. 7 C.F.R. §273.16(e)(3)(iii)(B)  Analysis of your electronic benefit transfer (EBT) transactions establish clear and repetitive patterns of unusual, irregular and inexplicable activity at **«Store\_Name»**. We suspect you received cash and/or ineligible items based on the financial transaction data from your EBT card. Please see the attached sheet (s) for suspected trafficking transactions identified and the time period associated with the claim.  Please contact me by phone or mail if you have any questions or want to discuss this overpayment. We can arrange to meet in person at the local county Department of Family and Children Services. You may request free legal representation at the nearest Georgia Legal Services Office or by calling 800-560-2855. You have the following rights at a meeting with me or a subsequent disqualification hearing:   * to examine all documents and records used to calculate the overpayment * to view the contents of your case file and obtain free copies of relevant portions of your file * to question or refute any testimony or evidence * to bring witnesses * to advance arguments without undue interference * to submit evidence to establish all pertinent facts and circumstances in the case * to bring legal counsel or another person with you to the hearing or meeting with me   If you elect to talk or meet with me prior to a disqualification hearing, you have the right to remain silent, as anything you say or sign concerning the charges can be used against you in a court of law. 7 C.F.R. § 273.16(f)(1)(ii)(B).  ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION HEARING  Administrative Disqualification Hearings are conducted by the Office of State Administrative Hearings (OSAH). You have a right to obtain a copy of OSAH hearing procedures upon request. The hearing procedures may be viewed online at [www.osah.ga.gov](http://www.osah.ga.gov/). If a Disqualification Hearing is scheduled, you will be provided with written notice by mail at least 30 days in advance of the date of the hearing. Upon receipt, you or your representative will have 10 days from the date of the scheduled hearing to present good cause for failure to appear to receive a new hearing. If you fail to appear at the hearing, the decision will be based solely on the information provided by the State agency. A determination of an intentional program violation will result in the assignment of a disqualification period by the judge as defined in 7 CFR § 273.16(b). | **دائرة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا لدى مكتب المفتش العام**  **تنازل بريدي عن الحق في جلسة استماع للحرمان من الإعانات**  بتاريخ:  «Cardholder\_First\_Name»«Cardholder\_Last\_Name»  «Address\_»  «City\_», «State»«Zip\_Code»  قضية الطوابع الغذائية رقم: «FS\_»  السيد(ة):«Cardholder\_First\_Name»«Cardholder\_Last\_Name»  تبين لمكتب المفتش العام أنك استلمت مبلغ مالي أكبر من المستحق قدره $ **«Claim\_amount\_»** استلمته في إطار إعانات برنامج الطوابع الغذائية (تم تغيير اسم برنامج الطوابع الغذائية الفدرالي وأصبح اسمه برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المعروف اختصارا باسم SNAP). وقد برمجنا أو نخطط لبرمجة قضيتك في جلسة استماع إدارية للحرمان من الإعانات. الهدف من جلسة الاستماع هو البحث عن دلائل واضحة ومقنعة تثبت أنك ارتكبت مخالفة خرق قوانين البرنامج عن قصد.  تبين لنا أنك تلقيت هذه المبالغ غير المستحقة من دائرة خدمات الأسرة والطفل. ونشك في تلقيك هذه المبالغ غير المستحقة جراء خرقك القوانين واللوائح المنظمة لبرنامج الطوابع الغذائية عن قصد عبر التلاعب بمخصصاتك من برنامج الطوابع الغذائية. 7 C.F.R §273. 16(e)(3) (iii)(B)  تبين جليا من تحليل التحويلات التي تلقيتها عبر برنامج تحويل الإعانات إلكترونيا (EBT) وجود أنماط متكررة من الأنشطة غير المعتادة وغير الطبيعية وغير المبررة في متجر **«Store\_Name».** وبناء على المعطيات المسجلة في بطاقتك الخاصة برنامج تحويل الإعانات إلكترونيا (EBT)، نشك في تلقيك مبالغ نقدية وامتيازات غير مستحقة أو أحدهما. يرجى الاطلاع على لائحة المعاملات التي نشك أن تلاعبا ما حدث فيها والفترة التي تغطيها هذه الدعوى.  يرجى الاتصال بي عبر الهاتف أو البريد إذا كانت لديك أي أسئلة أو أردت مناقشة واقعة الدفع بالزيادة منسوب إليك. يمكننا الاتفاق على اجتماع بالمكتب المحلي لدائرة خدمات الأسرة والطفل بالمقاطعة. يمكنك طلب المساعدة القضائية المجانية لدى أقرب مكتب للمساعدة القضائية بولاية جورجيا أو بالاتصال على الرقم الهاتفي 2855-560-800. حقوقك التي ستتمتع بها في أي اجتماع بيننا أو في جلسة استماع هي كالتالي:   * فحص كافة الوثائق والسجلات المستعملة في حساب قيمة الأموال غير المستحقة المدفوعة لك بالزيادة والواجب إرجاعها. * الاطلاع على محتوى ملف قضيتك والحصول على نسخ مجانية لأهم ما فيه * مسائلة أو دحض أي شهادة أو دليل * استدعاء الشهود * تقديم حججك دون مقاطعتك بتدخلات لا مبرر لها * تقديم كل القرائن والبراهين التي تمكنك من إثبات أو نفي كافة الحقائق والحيثيات المهمة في القضية * إحضار مساعدة قضائية أو شخص آخر معك إلى جلسة الاستماع أو الاجتماع معي.   إذا اخترت محادثتي قبل انعقاد جلسة الاستماع، فمن حقك التزام الصمت لأن أي كلمات تقولها أو إشارات تبديها بخصوص التهم الموجهة إليك قد تستعمل ضدك في المحكمة. 7 C.F.R §273. 16(f)(1) (ii)(B)  **جلسة استماع للحرمان من الإعانات**  يُنَظِم جلسات الاستماع الإدارية للحرمان من الإعانات مكتب جلسات الاستماع الإدارية بالولاية (OSAH). يحق لك التوصل بنسخة من مسطرة جلسات الاستماع لدى مكتب جلسات الاستماع الإدارية (OSAH) بعد تقديم طلب في هذا الشأن. يمكنك مشاهدة جلسات الاستماع على الموقع الإلكتروني [www.osah.ga.gov](http://www.osah.ga.gov/) (مكتب جلسات الاستماع الإدارية بالولاية. ولاية جورجيا. حكومة الولايات المتحدة الأمريكية). عند برمجة جلسة الاستماع، ستتلقى إشعارا بريديا بذلك على الأقل30 يوما قبل تاريخ انعقاد الجلسة. بمجرد توصلك بهذا الإشعار، تبقى أمامك أنت أو من يمثلك مهلة 10 أيام قبل تاريخ انعقاد جلسة الاستماع لتقدم أسباب معقولة تمنعك من حضور الجلسة حتى تستفيد من حقك في برمجة جلسة جديدة. إذا عجزت عن حضور الجلسة، سيتخذ القرار فقط بناء على المعطيات التي تقدمها الوكالة المعنية بالولاية. وإذا ثبت أنك انتهكت قوانين البرنامج عن قصد، سيقرر القاضي حرمانك من مخصصاتك بمقتضى النص القانوني 7CFR § 273.16 (b). |

**SECTION 4. QUESTIONS AND COMMENTS**

We also need to check your capacity to spot potential issues beforehand.

In the table below, please list your questions and comments in relation with this test:

1. Challenging sections from the source text or sections you are unsure of should be copied or inserted into the **Source Text** column.

2. Write your translation in the **Target Text** column.

3. Doubts and comments should be written in English.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Source Text | Target Text | Question / Comment  (in English) |
| **Department of Human Services Office of Inspector General** | **دائرة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا لدى مكتب المفتش العام** | Long compound nouns |
| **WAIVER OF DISQUALIFICATION HEARING REQUEST THROUGH MAIL** | **تنازل بريدي عن الحق في جلسة استماع للحرمان من الإعانات** | Long compound nouns |
| Disqualification Hearing | **جلسة استماع للحرمان/للإقصاء من الإعانات** | The word “disqualification” needs to be deciphered using more words to avoid ambiguity. Here, I prefer functional translation. |
|  |  |  |
|  |  |  |

**SECTION 5. REFERENCES**

In the table below, please list the reference material you have consulted to carry out this test.

1. Please introduce the **Reference source** (including publisher and full title as appropriate) in the first column.
2. Specify if your reference source is general or specific. If specific, clarify which term or section the reference covers.

|  |  |
| --- | --- |
| Reference Source | General / Specific (Term) |
| https://www.gobroomecounty.com/search/node?keys= | General |
| https://www.masslegalhelp.org/income-benefits/food-stamps-advocacy-guide/part-7-overpayments-and-fraud.pdf | Specific (Overpayment and fraud) |
| https://otda.ny.gov/programs/applications/4726-AR.pdf | General ( A Program application in Arabic) |

Thanks!