



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

طلب الحصول على المزايا بولاية بنسلفانيا

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.

إذا كانت لديك إعاقة وتحتاج إلى هذا الطلب بحجم طباعة كبير أو بصيغة أخرى، يُرجى الاتصال بخط المساعدة لدينا على الرقم **1-800-692-7462**.

الأفراد الذين يعانون من الصمم أو صعوبة في السمع أو لديهم صعوبات في الكلام ويرغبون في التواصل مع خط المساعدة، يمكنهم الاتصال بخدمات PA لنشر الرسائل عن طريق الاتصال بالرقم **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

يمكنك تقديم الطلب عبر الإنترنت على موقع: www.compass.state.pa.us



سلامة الأسرة: معلومات عن المزايا الخاصة بك والعنف المنزلي

يحدث العنف المنزلي عندما يُلحق شخص في حياتك ضررًا بك. يمكن أن يكون الإيذاء بدنيًا، أو جنسيًا، أو عاطفيًا. ويشمل ما يلي:

- التحكم إلى أين يمكنك أن تذهب ومن تراه من بشر
- عدم السماح لك أو لأطفالك بالحصول على الطعام، أو الملابس، أو الرعاية الطبية
- الإيذاء البدني لك أو لأطفالك
- تهديدك أو محاولة إيذاءك، أو إيذاء أطفالك أو الحاق الضرر بممتلكاتك
- منعك من الذهاب إلى العمل أو المدرسة
- إجبارك على ممارسة الجنس
- ملاحقتك أو مطاردتك
- الإيذاء الجنسي لأطفالك

إذا كنت ضحية للعنف المنزلي في الوقت الحاضر أو في السابق، أو إذا كنت معرضًا لمزيد من العنف، فيمكن لمرشد مرشد الحالة الاجتماعية خاصتك إعفائك من متطلبات الحصول على المساعدة النقدية وذلك إن كان العنف المنزلي يمنعك من الامتثال للمتطلبات. في بعض الأحيان، لا يستطيع الناس الامتثال لمتطلبات الرعاية الاجتماعية نظرًا لخوفهم من أن يتعرضون هم أو أطفالهم للإيذاء إن فعلوا ذلك. ويشمل هذا ما يلي:

- متطلبات تثبت بأن هناك آباء مراهقين يعيشون في المنزل
- دعم التعاون
- متطلبات أخرى على أساس كل حالة على حدة
- المدد الزمنية
- التحقق
- معيار RESET الخاص بالعمل

إذا كنت تحتاج للإعفاء من متطلبات الرعاية الاجتماعية نظرًا لتعرضك للعنف المنزلي، أخبر مرشد الحالة الاجتماعية الخاص بك.

إذا كنت أنت أو أطفالك ضحايا للعنف المنزلي في الوقت الحاضر أو في السابق، أو إذا كنت معرضًا لمزيد من العنف، فيمكن لمرشد مرشد الحالة الاجتماعية خاصتك:

- التحدث إليك إن رغبت في التحدث. يمكنك طلب التحدث بشكل شخصي. سيحافظ مرشد الحالة الاجتماعية والموظفون على سرية معلوماتك الشخصية. ومع ذلك، ينص القانون على أن تقوم إدارة الخدمات الإنسانية بإبلاغ وكالة حماية الأطفال والشباب بحالات إيذاء الأطفال.
- يساعدك في العثور على البرامج المحلية التي تمكنك من الحصول على الاستشارات، وتخطيط السلامة، وتوفير الحماية، والخدمات القانونية، وغيرها من المساعدات الأخرى.
- يساعدك في فهم قواعد التقدم بطلب للحصول على المساعدات النقدية، وكيفية تأثيرها عليك في حالة تقديمك للحصول عليها. قد يتم الإعفاء من بعض متطلبات المساعدات المؤقتة الممتدة للأسر المحتاجة بسبب العنف المنزلي.

لمزيد من المعلومات حول التدخل لحل الأزمات، والاستشارات، والمرافقة لأقسام الشرطة، والمرافق الطبية ومرافق المحاكم، وملاجئ الطوارئ المؤقتة، والبرامج الوقائية والتعليمية، اتصل بـ:

انتلاف بنسلفانيا لمكافحة العنف المنزلي

1-800-932-4632 (في بنسلفانيا) 303-839-1852 (على المستوى الوطني)

PA CareerLink® - معلومات مهمة

PA CareerLink® هو برنامج يتبع إدارة العمل والصناعة بولاية بنسلفانيا يهدف لمساعدة الباحثين عن الوظائف في العثور على عمل. إن موظفي إدارة العمل والصناعة لديهم معلومات حول ظروف سوق العمل الراهنة ويمكنهم توفير معلومات وموارد لك لمساعدتك في البحث عن الوظائف.

يوصى بأن تقوم بالتسجيل في برنامج PA CareerLink® للبدء. يمكنك التسجيل في برنامج PA CareerLink® على الرابط www.pacareerlink.pa.gov/.





تتلقى ولاية بنسلفانيا معلومات من وكالات ولانية وفيدرالية أخرى للتحقق من المعلومات التي توفرها أنت لنا. في حالة تزييف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إخفائها أو حجبها، قد يُطلب منك سداد قيمة المزايا المقدمة لك، وقد تتم مقاضاتك وتجريدك من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

يمكنك التقديم عبر الإنترنت على موقع www.compass.state.pa.us

عملية تقديم الطلب سهلة!

1. املأ هذا النموذج.
2. قم بالتوقيع وإدراج التاريخ على الصفحة 1 والصفحة 15
3. أحضر نموذجك، أو أرسله عبر الفاكس أو البريد إلى مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك (CAO).

هل أنت مهتم بأي خدمات أخرى؟

ضع علامة في المربع إذا كنت مهتمًا بمعلومات حول أي من هذه الخدمات:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) | <input type="checkbox"/> رعاية الطفل | <input type="checkbox"/> عيادة رعاية الرضع |
| <input type="checkbox"/> خدمات الإعاقات الذهنية | <input type="checkbox"/> برنامج Head Start (للأطفال من سن 3 إلى 6 سنوات) | <input type="checkbox"/> التحصينات (اللقاحات) |
| <input type="checkbox"/> برنامج مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (مساعدات الطاقة) | <input type="checkbox"/> خدمات دعم الأطفال | <input type="checkbox"/> خدمات المحاربين القدامى |
| <input type="checkbox"/> مخزن طعام | <input type="checkbox"/> وتنظيم الأسرة/التحكم في الحمل | <input type="checkbox"/> التوظيف والتدريب |
| <input type="checkbox"/> الوجبات المدرسية (المجانية أو منخفضة التكلفة) | <input type="checkbox"/> برنامج Lifeline للخدمات الهاتفية (خدمات هاتفية منخفضة التكلفة) | <input type="checkbox"/> إعادة التأهيل المهني |
| <input type="checkbox"/> الرعاية طويلة الأجل (الرعاية المنزلية للمسنين) | <input type="checkbox"/> برنامج WIC (التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال) | <input type="checkbox"/> معونات الإسكان |
| <input type="checkbox"/> خدمات منزلية وخدمات مجتمعية (خدمات الإعفاء) | <input type="checkbox"/> خدمات أخرى: | <input type="checkbox"/> بدلات خاصة للتوظيف والتدريب مثل الأدوات |

الأسئلة؟

اتصل بمكتب المساعدات بالمقاطعة لديك أو مركز خدمة العملاء خاصتك على رقم **1-877-395-8930**.
في فيلادلفيا، اتصل برقم **1-215-560-7226**.

نحن هنا لمساعدتك. اتصل من يوم الاثنين وحتى يوم الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً.
خدمات أجهزة الاتصال عن بعد الخاصة بالأشخاص الصم متاحة عن طريق الاتصال بخدمات PA لنشر الرسائل عن طريق طلب **711**.

لاستخدام مزودي الخدمات الطبية فقط

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

لاستخدام مكتب المساعدات بالمقاطعة فقط

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



برنامج مساعدات التغذية التكميلية السريع!

احصل على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية الآن!

(برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP) كان يُعرف قديمًا ببرنامج قسائم الطعام.)

- هل تمتلك أسرتك المعيشية 100 دولار أمريكي أو أقل في صورة نقدية متاحة وحسابات بنكية وتتوقع أن تحصل على أقل من 150 دولار أمريكي كدخل شهري؟
- هل أنت مهاجر أو عامل مزرعة موسمي؟
- هل إجمالي الدخل الشهري والدخل النقدي والحسابات البنكية لديك أقل من قيمة الإيجار/الرهن العقاري وتكاليف المرافق لديك خلال هذا الشهر؟

في حالة إجابتك بنعم على أي من هذه الأسئلة، قد يكون لك الحق في تسريع الحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لديك. وهذا يعني أنه يمكنك الحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية خلال خمس أيام تقويمية من تاريخ تقديمك بالطلب. اطلب الحصول على مزيد من المعلومات عن طريق الاتصال بالمكتب المحلي للمساعدات بالمقاطعة.

تقدم بطلب الحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية اليوم!

يحقك لك تقديم طلب اليوم في أي وقت قبل الساعة 5 مساءً. الموظف الموجود لدى مكتب المساعدات بالمقاطعة يجب أن يضع ختمًا عليه التاريخ على طلبك أمام عينيك.

في حالة حرمانك من الحصول السريع على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية، لديك الحق في الاجتماع مع إحدى الوكالات خلال يومي عمل بحضور مُشرف في مكتب المساعدات بالمقاطعة. إن كنت تعتقد أنه يتم حرمانك من حقوقك وخدماتك، أو في حالة عدم قبول مكتب المساعدات بالمقاطعة لطلبك بينما تقوم بتسليمه والحصول على ختم عليه التاريخ أمام عينيك، أطلب التحدث مع أحد المشرفين أو اتصل بخط المساعدة المجاني على رقم 1-800-692-7462.

يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب الخدمات القانونية المحلي.



البدء

ما الذي تود التقدم بطلب من أجله؟

مساعدات نقدية تغطية الرعاية الصحية برنامج SNAP (برنامج مساعدات التغذية التكميلية)

What language do you prefer? ما اللغة التي تفضلها؟ English /الإنجليزية Spanish /الإسبانية Other(specify) /لغة أخرى (حدد اللغة) _____
Do you need an interpreter? هل أنت بحاجة إلى مترجم شفهي؟ Yes /نعم No /لا
If yes, what language? إذا كانت إجابتك بنعم، فما هي اللغة؟ _____

التقليل من استهلاك الورق! هل ترغب في تلقي إشعاراتك عبر الإنترنت؟

اذهب إلى صفحة الإنترنت www.compass.state.pa.us وقم بإنشاء حساب خاص بك على MyCOMPASS Account.

- يمكننا البدء في معالجة طلبك بمجرد أن تقوم بكتابة أسمك وعنوانك، وأن توقع على هذا الطلب وتعيد إرساله.
- نحن نشجعك على إجابة أكبر قدر ممكن من الأسئلة ما لم تخبرك التعليمات أن لك الخيار في عدم الإجابة. كلما كانت المعلومات أكثر اكتمالا، زادت سرعة التعامل مع طلبك.
- إذا كنت مؤهلا، فستبدأ مزاييا برنامج مساعدات التغذية التكميلية من تاريخ استلام طلبك. سوف نخبرك ما إذا كنت مؤهلا أم لا خلال 30 يومًا.

هام: يلزم على جميع الأشخاص المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو التقدم للحصول عليه مع الإجابة على أسئلة المواطنة. إن تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو أمر اختياري للأشخاص غير المتقدمين للحصول على المزايا، إلا أن تقديمه يمكن أن يؤدي إلى تسريع عملية سير الطلب. نحن نستخدم شبكات الضمان الاجتماعي للتحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة الشخص المؤهل لتلقي مساعدة فيما يتعلق بتكاليف تغطية الرعاية الصحية. إذا أراد أحد الأشخاص مساعدة للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فاتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov. مستخدمو الميرقات الطابعة TTY عليهم الاتصال بالرقم 1-800-325-0778.

ملحوظة: إذا كنت شخصًا من غير مواطني الولايات المتحدة يتقدم فقط للحصول على خدمات الرعاية الصحية للطوارئ، فأنت لست بحاجة إلى توفير معلومات حول وضع هجرة لديك أو التقدم للحصول على رقم ضمان اجتماعي أو تقديمه خلال الطلب.

أخبرنا عن نفسك، كمقدم للطلب: سوف نحتاج للاتصال بشخص بالغ/أحد الآباء/أحد مقدمي الرعاية.

الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة JR./SR. أو غيرها):

عنوان المنزل (متضمنا الشارع، ورقم الشقة، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي + 4)

المنطقة التعليمية:	المدينة أو البلدية:	منذ متى وأنت تعيش في هذا العنوان؟
رقم الهاتف:	رقم الهاتف الثاني:	نوع الهاتف:
() هاتف المنزل <input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/>	() هاتف المنزل <input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إن لم يكن لديك عنوان منزل. ما زلت بحاجة لتقديم عنوان بريدي.	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل):	

برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP) مسرّع: قد يكون بوسعك الحصول على مساعدات التغذية التكميلية خلال 5 أيام! أجب عن هذه الأسئلة، ثم وقع الطلب وسلمه لمكتب المساعدات بالمقاطعة لديك قبل الساعة 5 مساءً اليوم! سوف يعقد مكتب المساعدات المحلية خاصتك مقابلة شخصية معك.

الدخل الإجمالي الشهري، لك ولأي شخص يتقدم بطلب، قبل اقتطاع الضرائب:	هل تقوم أنت، أو أي شخص آخر بالتقدم بطلب، للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية الآن؟	هل تقوم بالسداد مقابل مرافق أخرى غير الهاتف؟ في حالة الإجابة بنعم، ما هي هذه المرافق؟
\$	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
الموارد الإجمالية (الموارد هي أموال في صورة نقدية، وحسابات جارية وحسابات توفير):	هل تقوم بالسداد مقابل خدمات الهاتف؟	هل تقوم أنت، أو أي شخص آخر بالتقدم بطلب، يعمل عامل مزرعة موسمي أو مهاجر؟
\$	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
الإيجار الإجمالي الشهري أو الرهن العقاري، لك ولأي شخص يتقدم بطلب:	هل تقوم بسداد تكلفة التدفئة أو تكلفة تشغيل أجهزة تكييف الهواء؟	هل تعيش أنت، أو أي شخص آخر بالتقدم بطلب، في ملجأ مخصص للنساء أو الأطفال اللذين تعرضوا للضرب أو الأذى؟
\$	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

وقع هنا:

X

التاريخ

توقيعك أو توقيع ممثلك



أخبرنا معلومات عن الأشخاص في منزلك:

نحتاج لجمع معلومات عن أي شخص يعيش في عنوانك، حتى إن لم يكن يتقدم بطلب للحصول على المزايا. بالنسبة لمتقدمي الحصول على الرعاية الصحية، تأكد من إدراج أي شخص في إقرار ضريبة الدخل، حتى إن كان هذا الشخص لا يعيش معك.
ملحوظة: أنت لا تحتاج لتقديم إقرار ضريبي للحصول على المزايا.

CAO Use Only Line #:		الشخص الأول (ابدأ بنفسك)	
رقم الضمان الاجتماعي:	هل تتقدم بالطلب عن نفسك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها):	
متزوج <input type="checkbox"/>	منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	الحالة أعزب <input type="checkbox"/> مُطلق <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان لديك أي منهما: الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت في المدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	اسم المدرسة:	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟
كم عدد الأطفال المنتظرين؟	هل أنت حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما تاريخ الولادة المنتظر؟	
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.			
إذ لم تكن مؤهلاً للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، فهل تود أن تتم مراجعة مدى استحقاقك للتغطية ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
إذا كنت دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى ذلك فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كنت ترغب في مراجعة استحقاقك الحصول على تغطية كاملة للمساعدات الطبية، فسندخل إلى تقييم دخل أسرتك، بما في ذلك دخل الوالد (والوالدين). هل ترغب في مراجعة استحقاقك لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس للتغطية الكاملة للمساعدات الطبية؟		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
بصرف النظر عن العمر، هل تخشى أن المعلومات التي قد تتلقاها في المكان الذي تعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
الرقم المعرف للوثيقة:	نوع الوثيقة:	هل لديك وضعية هجرة سليمة؟ نعم <input type="checkbox"/>	إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:
هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لديك راع؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
من أصول أسبوعية <input type="checkbox"/>	من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/>	أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/>	الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق)
أبيض <input type="checkbox"/>	آخر <input type="checkbox"/>	من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/>	
شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/>		شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/>	



شخص رقم 2

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	رقم أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص بالمدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	كم عدد الأطفال المنتظرين؟
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				
في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.				
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:				
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل لدي هذا الشخص راع؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق) أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/>				
الأصل الأثني (اختياري) شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/>				

شخص رقم 3

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	رقم أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص بالمدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	كم عدد الأطفال المنتظرين؟
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				
في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.				
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:				
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل لدي هذا الشخص راع؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق) أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/>				
الأصل الأثني (اختياري) شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/>				



شخص رقم 4

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي:
			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية: أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/>	ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص بالمدرسة؟	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟	في حالة الإجابة بنعم، ما تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟		
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				
في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟				
لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.				
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟				
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟				
إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟				
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:				
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل لدي هذا الشخص راع؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
الأصل العرقي (اختياري)				
(ضع علامة بجوار كل ما ينطبق)				
<input type="checkbox"/> أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> آخر				
الأصل الأثني (اختياري)				
<input type="checkbox"/> شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية				

شخص رقم 5

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي:
			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية: أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/>	ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص بالمدرسة؟	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟	في حالة الإجابة بنعم، ما تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟		
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				
في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟				
لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.				
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟				
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟				
إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟				
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:				
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل لدي هذا الشخص راع؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟				
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
الأصل العرقي (اختياري)				
(ضع علامة بجوار كل ما ينطبق)				
<input type="checkbox"/> أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> آخر				
الأصل الأثني (اختياري)				
<input type="checkbox"/> شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية				



شخص رقم 6

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	رقم أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى _____ <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص بالمدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	كم عدد الأطفال المنتظرين؟
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				

في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟
هل لدي هذا الشخص راع؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟
الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ آخر _____ <input type="checkbox"/>	الأصل الأثني (اختياري) <input type="checkbox"/> شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية

شخص رقم 7

CAO Use Only Line #:	الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR./وغيرها.):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	رقم أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	رقم رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادر من الولاية، إذا كان هذا الشخص لديه أي منهما:	الحالة الزوجية أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	الزواج <input type="checkbox"/> لا توجد صلة قرابة <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> ولد الزوج أو الزوجة من زواج سابق <input type="checkbox"/> نوع قرابة أخرى _____ <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص بالمدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت طالب متفرغ بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما الصف الدراسي؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	كم عدد الأطفال المنتظرين؟
أجب عن الأسئلة التالية أدناه إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.				

في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن تتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزاي برنامج مساعدات التغذية التكميلية.
إذا كان هذا الشخص دون عمر 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند تقريرنا بشأن برنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للمساعدات الطبية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل ولي الأمر (أولياء الأمور). هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للمساعدات الطبية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من الزوج/الزوجة، أو أولياء الأمور، أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل يوجد عنوان آخر (عنوان مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه) تُرسل إليه معلومات عن خدمات تنظيم الأسرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟
هل لدي هذا الشخص راع؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟
الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ آخر _____ <input type="checkbox"/>	الأصل الأثني (اختياري) <input type="checkbox"/> شخص من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> شخص من غير أصول إسبانية أو لاتينية



أسئلة أخرى حول الأشخاص بمنزلك:

الرجاء الإجابة عن هذه الأسئلة عنك أو عن أي شخص في منزلك يتقدم للحصول على المزايا.

هل يحصل أي شخص على مساعدات نقدية، أو مساعدات طبية، أو مساعدات التغذية التكميلية في ولاية أخرى حالياً؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما هي الولاية والمقاطعة؟
هل تم تجريدك أنت أو أي شخص في أسرته المعيشية من الأهلية أو تم الاتفاق على تجريدك من أهلية الحصول على قسائم الطعام أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية في ولاية أخرى؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، أخبرنا من هذا الشخص:
هل تقدم أي شخص لأي مزايا باستخدام اسم أو رقم ضمان اجتماعي مختلف؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، يرجى إخبارنا بالاسم ورقم الضمان الاجتماعي:
هل يخدم أي شخص في جيش الولايات المتحدة، أو سبق لأي شخص الخدمة في جيش الولايات المتحدة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل أي شخص يعتبر أرمل/أرملة، أو زوج/زوجة، أو طفل (دون عمر 18 عاماً) لأي شخص يخدم في جيش الولايات المتحدة، أو سبق له الخدمة في جيش الولايات المتحدة؟
هل كان أي شخص خاضع للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر 18 أو أكبر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل هناك أي شخص ذي إعاقة، أو مريض للعناية، أو يحتاج للعناية الطبية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل لدي أي شخص حالة صحية تتطلب عقاراً للحفاظ على الصحة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل يعيش أي شخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	ما هي الإعاقة؟
هل لدى أي شخص فوائد طبية مدفوعة أو غير مدفوعة هذا الشهر أو خلال الثلاثة أشهر الأخيرة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل وقع أي شخص ضحية لسوء المعاملة المنزلية؟
هل يخضع أي شخص لعلاج من إدمان المخدرات أو الكحول؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟

الأقارب الغائبون: هذا القسم مخصص للمتقدمين لطلب المعونة النقدية.

في حالة تقدم أي شخص بطلب عن طفل له أولياء أمور لا يعيشون في منزلك أو إذا كان أي شخص يتقدم بطلب لديه زوج/زوجة لا يعيش/تعيش في منزلك، يرجى الإجابة عن هذه الأسئلة حتى يمكننا محاولة الحصول على الدعم.

لا تحتاج لملء هذا القسم إذا أدى توفير هذه المعلومات أو التماس الدعم إلى أن تتعرض أنت أو عائلتك لخطر العنف المنزلي أو وجود صعوبات أكبر في الهروب من العنف المنزلي، أو في حالة ولادة طفلك نتيجة اغتصاب أو إذا كنت تفكر في التبني.

في حالة وجود مشكلة لديك عند تقديم هذه المعلومة أو التماس الدعم نظراً لتعرضك للعنف المنزلي، أو الاغتصاب، أو سفاح المحارم، أو لأنك تدرس وضع طفل للتبني، ضع علامة على هذا المربع:

اسم الشخص الذي لديه قريب غائب:	اسم القريب الغائب:	القريب الغائب هو:
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة
		<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الزوج/ الزوجة

في حالة تقدمك بطلب للحصول على المساعدات النقدية، يجب عليك تحديد اسم أولياء الأمور لأي طفل قاصر مع مساعدة قسم العلاقات المنزلية (DRS) في حشد الدعم عن طريق توفير المعلومات التي يحتاجها القسم إلا إذا كان لديك سبباً وجيهاً. في حالة عدم تقديمك مساعدة لقسم العلاقات المنزلية عن طريق توفير المعلومات المطلوبة ولا يوجد لديك سبب وجيه لعدم تقديم المساعدة، فسوف يتم تخفيض مبلغ المساعدة الذي تم اعتماده لك بنسبة لا تقل عن 25 بالمائة.

في حالة الموافقة على حصولك على المساعدات النقدية، يجب عليك إعطاء الإدارة وقسم العلاقات المنزلية الحق في جمع المساعدات النقدية لك ولغيرك ممكن تتقدم لهم بطلب الحصول عليها. ينص القانون على أن حقوق الدعم سيتم إحالتها للولاية في حالة موافقتك على المساعدات النقدية.

في حالة دفع الدعم لأحد الأطفال الذين يحصلون على مساعدات نقدية، يجوز للعائلة الحصول على بعض الدعم إضافة إلى منحة المساعدات النقدية.



المعلومات الضريبية: أكمل هذا القسم إذا كنت تُتقدم لطلب رعاية صحية. لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

أكمل هذه المعلومات لزوجك/ زوجتك/ شريكك/ شريكك وأطفالك الذين يعيشون معك و/أو أي شخص آخر يندرج في نفس إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك إذا كنت تُقدم إقرار ضريبي.

هل يُفترض أن يقوم أي من الأشخاص المدرجين في خطة الطلب بتقديم إقرار فيدرالي ضريبي للدخل العام القادم؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، فقم بإدراج مودع الضرائب وقم بإدراج زوج/زوجة المودع في حالة تقديم إقرار ضريبي مشترك.

اسم دافع الضرائب:	في حالة الإقرار الضريبي المشترك، اسم الزوج/ الزوجة:

هل سيقوم أي من الأشخاص المدرجين في الطلب بإثبات أي مُعالين في إقرارهم الضريبي؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، فقم بإدراج اسم دافع الضرائب والمعالين.
يمكن إثبات أحد المعالين من قبل واحد فقط من دافعي الضرائب. بالنسبة إلى دافعي الضرائب المشتركين، لا يلزمك سوى إدراج المعالين بالنسبة لدافع الضرائب الذي سيوقع على النموذج الضريبي.

اسم دافع الضرائب:	المعال (المعالون):

هل يتم احتساب أي شخص من المدرجين في الطلب كمعال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، قم بإدراج اسم المعال واسم دافع الضرائب الذي سيتم إثبات المعال عليه.
لست بحاجة إلى إكمال بيانات هذا الجدول إذا كان المعال مدرجاً أعلاه بالفعل.

اسم المعال:	اسم دافع الضرائب:	علاقته بدافع الضرائب:

التخفيضات الضريبية: أكمل هذا القسم إذا كنت تُتقدم لطلب رعاية صحية. لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

إذا كان أي شخص يدفع مقابل أشياء معينة يمكن خصمها من ضريبة الدخل الفيدرالية، فإن إعلاناً بها من شأنه جعل تغطية الرعاية الصحية أقل تكلفة إلى حد ما.

ملحوظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فليس عليك تضمين أي تكلفة تكون سوف تدرجها كأحد المصروفات في نموذج جدول (ج) الضريبي الخاص بك (على سبيل المثال، نفقات السيارة والشاحنة، والإهلاك، وأجور الموظفين، والمزايا الإضافية، وما إلى ذلك).

هل لدى أي شخص نفقات مُتكبدة من: (✓) (ضع علامة نعم)	نعم	على من تقع هذه النفقة؟	كم مرة تُدفع النفقة؟ (مرة واحدة، شهرياً، أربع مرات سنوياً، مرتين سنوياً، سنوياً)	كم تبلغ تلك النفقة؟



الدخل:

يرجى إخبارنا بشأن دخل أي طفل أو شخص بالغ قمت بإدراجه في هذا الطلب. هل يمتلك أي شخص في أسرتك المعيشية أي دخل؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، قم بإدراج أي دخل قد تلقيته بالفعل هذا الشهر أو تتوقع أن تتلقاه هذا العام.

<input type="checkbox"/> العمولات	<input type="checkbox"/> المال المدفوع لك مقابل الإيجار	<input type="checkbox"/> الدعم
<input type="checkbox"/> العوائد	<input type="checkbox"/> المال المدفوع لك مقابل غرفة إقامة أو الطعام	<input type="checkbox"/> البطالة
<input type="checkbox"/> المقامرة/جوائز اليانصيب	<input type="checkbox"/> المعاشات	<input type="checkbox"/> قيمة الاشتراك النقابي
<input type="checkbox"/> مصروفات الوصي	<input type="checkbox"/> العمل الحر	<input type="checkbox"/> مزايا المحاربين القدامى
<input type="checkbox"/> المال المكتسب من مجالسة الأطفال	<input type="checkbox"/> مساعدات المرض	<input type="checkbox"/> الأجور من التوظيف
<input type="checkbox"/> المال المُخصص للتدريب	<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال
<input type="checkbox"/> المال المدفوع لك مقابل القروض	<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI)	<input type="checkbox"/> أخرى _____

اسم الشخص الذي يمتلك الدخل:	نوع/مصدر الدخل/اسم صاحب العمل:	الدخل/الاجر: كم تبلغ قيمة الدخل؟	كم مرة تحصل على المال؟	تاريخ أحدث مدفوعات:

استفسارات أخرى حول الدخل:

هل مارس أي شخص عملاً خلال الـ 90 يوماً الماضية؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟
هل خُفضت ساعات عمل لأي شخص خلال الـ 60 يوماً الماضية؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟
هل توقف أي شخص عن العمل في وظيفة أو أكثر خلال الـ 30 يوماً الماضية؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟
هل يضرب أي شخص عن العمل؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟
هل سبق من قبل أن حصل أي شخص على ضمان اجتماعي؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟
هل سبق من قبل أن حصل أي شخص على دخل ضمان تكميلي؟	في حالة الإجابة بنعم، من هو ذلك الشخص؟

اقتطاعات قبل الضرائب

يُرجى إدراج أي اقتطاعات قبل الضرائب مقطوعة من إجمالي الدخل، مثل أقساط التأمين الصحي/طب الأسنان/النظر/الحياة أو خطة 401 (ك) أو المساهمات في حساب التقاعد أو حساب التوفير العائلي (FSA) أو المساهمات في حساب التوفير الصحي (HSA).

الاسم	الاقتطاع	المبلغ الشهري

هل تقدم أي شخص أو ينتظر قراراً بالحصول على أي من هذه المزايا؟ (ضع علامة بجوار كل ما ينطبق.)

يرجى إخبارنا بشأن دخل أي طفل أو شخص بالغ قمت بإدراجه في هذا الطلب. هل يمتلك أي شخص في أسرتك المعيشية أي دخل؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، قم بإدراج أي دخل قد تلقيته بالفعل هذا الشهر أو تتوقع أن تتلقاه هذا العام.

<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي	<input type="checkbox"/> تعويض البطالة	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال
<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI)	<input type="checkbox"/> مزايا المحاربين القدامى	<input type="checkbox"/> أخرى _____

من هو الشخص الذي تقدم بالطلب:	ما المزايا التي تم التقدم للحصول عليها:	تاريخ طلب التقدم للحصول على المزايا:	أي قرارات قيد الالتماس:

هل يدفع أي شخص مقابل رعاية الأطفال أو رعاية أحد البالغين من ذوي الإعاقة حتى يمكنه الذهاب إلى العمل أو المدرسة، أو التدريب؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، ما قيمة المدفوعات كل شهر؟
من يتلقى الرعاية؟

هل هناك أي تكلفة للحصول على بيانات الدخل المُدرجة أعلاه؟ (مثل تكاليف النقل، مصروفات المحاكم، مصروفات البنك أو الوصي، الخ.)؟ نعم لا



التأمين الصحي: لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

هل هناك أي شخص تتقدم لأجله بطلب لديه تغطية تأمين صحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل هناك أي شخص تقدمت لأجله بطلب سبق له الحصول على تغطية تأمين صحي في غضون الـ 90 يوماً الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة حياتك (أو أنه كان لديك في آخر 90 يوماً) أكثر من نوع واحد من تغطية الرعاية الصحية، فيرجى ملء بيانات أحد المربعات لكل بوليصة تأمين. ملحوظة: إذا كان لديك أكثر من بوليصة، فستحتاج إلى عمل نسخة من الأوراق وإرفاقها.	
نوع تغطية الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> تأمين صاحب العمل <input type="checkbox"/> برنامج Medicare (الرعاية الطبية) <input type="checkbox"/> برنامج TRICARE* <input type="checkbox"/> برنامج Peace Corps <input type="checkbox"/> تأمين صحي خاص فردي <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/>	
قائمة بمن يتمتع (أو كان يتمتع) بالتغطية:	
اسم صاحب البوليصة:	الاسم الأول:
اسم شركة التأمين:	الاسم الأول:
رقم البوليصة:	الاسم الأول:
اسم/رقم المجموعة:	الاسم الأول:
ما الذي تشمله (أو كانت تشمله) التغطية؟ <input type="checkbox"/> رعاية بالمستشفى <input type="checkbox"/> وصفات طبية <input type="checkbox"/> رعاية العين <input type="checkbox"/> زيارات الطبيب <input type="checkbox"/> رعاية أسنان	هل هذه (أو كانت هذه) خطة محدودة المزايا (مثل بوليصة الحوادث المدرسية)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
متى بدأ هذا التأمين؟	متى انتهى (أو سينتهي) هذا التأمين؟ (التركها فارغة إن كنت لا تزال تتمتع بالتغطية).
هل انتهى (أو سوف ينتهي) هذا التأمين الصحي لأن صاحب البوليصة خسر عمله (سُرح، فُصل، استقال) أو غير الوظائف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، من هو الشخص الذي فقد التغطية؟
هل فقد (أو سوف يفقد) أي طفل التأمين الصحي لأن صاحب العمل توقف عن تقديم التغطية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

*لا تضع علامة إن كنت مشتركاً في برنامج رعاية Direct Care أو Line of Duty.

التأمين الصحي المتقدم من صاحب العمل لديك: لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

هل قدم أي شخص تتقدم بطلب من أجله تأميناً صحياً من إحدى الوظائف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اختر نعم حتى إذا كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد أولياء الأمور أو الزوج/الزوجة.	
في حالة الإجابة بنعم، أكمل هذا القسم، وأكمل أكبر قدر ممكن من المعلومات في الملحق (ب): تغطية صحية من وظيفة (وظائف).	
هل هذه خطة مزايا لموظفي الولاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذه تغطية تأمين COBRA؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذه خطة رعاية صحية للمتقاعدين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذه خطة رعاية صحية للمتقاعدين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تدفع (ستدفع) تكاليف التغطية الخاصة بطفلك (أطفالك)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إن كنت تتمتع بتغطية صحية من وظيفتك، فهل تدفع (ستدفع) تكاليف التغطية الخاصة بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ما هي التكلفة مقابل تغطية طفلك (أطفالك) من خلال الخطة الصحية لصاحب العمل؟	ما هي التكلفة مقابل تغطية طفلك (أطفالك) من خلال الخطة الصحية لصاحب العمل الخاص بك؟



النفقات: هذا القسم مُخصص لمقدمي طلبات الحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

يرجى إخبارنا بمعلومات عن نفقاتك حتى يمكنك الحصول على أكبر قدر ممكن من المزايا. في حالة الطلب، يجب أن تقدم دليلاً يثبت نفقاتك.

في أي وقت، يمكنك إبلاغنا عن نفقات الأسرة المعيشية، وقد نطلب منك تزويدنا بإثبات لتلك النفقات.

هل يدفع أي شخص في منزلك دعم للأطفال لشخص لا يعيش معك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل يتلقى أي شخص في منزلك معونات إسكان؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل كانت إجابتك بنعم، هل يستند ذلك إلى أمر من المحكمة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	إن كانت إجابتك بنعم، فما هي؟ _____
هل الوجبات متضمنة في إيجارك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل كانت إجابتك بنعم، هل تحصل على بدل مرافق؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هناك أي شخص خارج أسرتك المعيشية يدفع أي من نفقاتك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	إن كان الأمر كذلك، فما هي هذه النفقات؟ _____
هل تقوم بالسداد مقابل خدمات التدفئة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	كم تبلغ قيمة النفقات؟ _____ كم عدد المرات؟ _____ لمن تُدفع؟ _____
هل تدفع مقابل تكييف الهواء المركزي أو تُشغل جهاز (أجهزة) تكييف هواء بالغرفة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تدفع مقابل تكييف الهواء المركزي أو تُشغل جهاز (أجهزة) تكييف هواء بالغرفة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

ضع علامة على أي نفقات تُدفع كل شهر بمعرفتك أو بمعرفة أي شخص في منزلك. يرجى وضع علامة حتى إن كنت تدفع فقط جزءاً من الفاتورة.

الهاتف المياه القمامة إنشاء المرافق الكهرباء
الزيت، الفحم، الخشب، الكيروسين الصرف الصحي الغاز البروبان آخر

إذا كان لديك أي من هذه النفقات، كم تدفع كل شهر؟

الإيجار: بالدولار الأمريكي _____ رسوم الشقة الصغيرة: بالدولار الأمريكي _____

الرهن العقاري بالدولار الأمريكي _____ ضرائب الملكية: بالدولار الأمريكي _____ تأمين مالك العقار: بالدولار الأمريكي _____

النفقات الطبية: هذا القسم مُخصص لمقدمي طلبات الحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

قد تحصل على المزيد من مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية إن كان شخص ما في منزلك يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر، أو لديه إعاقة، ويمكنك تزويدنا بإثبات للنفقات الطبية.

ضع علامة على أي نفقات طبية تدفعها أنت أو أي شخص في منزلك:

فواتير علاج الأسنان <input type="checkbox"/>	أي تكاليف للحصول على مقابلات طبية، علاج طبي، أو الحصول على وصفات طبية. يمكن أن تكون هذه مثل نفقات الانتقال بالتاكسي أو المواصلات العامة. <input type="checkbox"/>
فواتير الطبيب <input type="checkbox"/>	
فواتير المستشفى <input type="checkbox"/>	المساعدون الصحيون (أشخاص في منزلك يساعدون في تقديم العلاجات الطبية). <input type="checkbox"/>
التأمين الصحي أو أقساط برنامج الرعاية الطبية Medicare <input type="checkbox"/>	المستلزمات المتعلقة بالصحة (مثل النظارات، أدوات السمع المساعدة، حفاظات الكبار). <input type="checkbox"/>
المعدات الطبية <input type="checkbox"/>	أدوية الوصفات الطبية <input type="checkbox"/>
أخرى <input type="checkbox"/>	

عدم الإبلاغ عن نفقات الأسرة المعيشية أو إثباتها سيتم اعتباره وكأنه إفادة من أسرتك المعيشية بأنك لا تريد تلقي خصماً على النفقات غير المبلغ عنها.



الاستعلام عن السوابق الجنائية: لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على الرعاية الصحية.

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية عن نفسك وأي شخص آخر تتقدم بطلب من أجله.

هل صدر في حق أي شخص استدعاء أو مذكرة حضور كمدعى عليه للمثول في أي إجراءات قضائية جنائية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل يلتزم أي شخص بغرامات، أو تكاليف، أو تعويض عن ارتكاب جرم جنائي أو جنحة؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل يمتلك أي شخص خطة دفع للغرامات والتكاليف؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل وضع أي شخص تحت المراقبة أو الإفراج المشروط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل لا يمثل أي شخص تحت المراقبة أو الإفراج المشروط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل تمت إدانة أي شخص باختلاس مخصصات الرعاية الاجتماعية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل يتهرب أي شخص من إنفاذ القانون؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل يُطلب من أي شخص التسجيل كمرتكب جرائم جنسية مُدان؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟
هل لا يمثل أي شخص يُطلب منه التسجيل كمرتكب جرائم جنسية مُدان مع متطلبات تسجيله؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، من هو؟

تسجيل الناخبين (اختياري) هذا القسم مُخصَّص للمواطنين الأمريكيين فقط

إن لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في تقديم طلب تسجيل للتصويت هنا اليوم؟ نعم لا
إن لم تضع علامة في أي مربع، فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

للتسجيل، يجب توافر الشروط الآتية:

- 1 أن يكون عمرك 18 عاماً على الأقل وقت انعقاد الانتخابات القادمة.
- 2 أن تكون من مواطني الولايات المتحدة لمدة شهر واحد على الأقل "قبل انعقاد الانتخابات القادمة"؛
- 3 تقيم في ولاية بنسلفانيا ومنطقة التصويت على الأقل لمدة 30 يوماً قبل انعقاد الانتخابات القادمة.

لن يؤثر تقديم طلب التسجيل للتصويت أو رفضه على حجم المساعدة التي ستقدمها هذه الوكالة.


إن كنت ترغب في المساعدة في ملء طلب تسجيل الناخب، فسنساعدك. قرار التماس المساعدة أو قبولها يرجع إليك وحدك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد. يرجى الاتصال بمكتب المساعدات بالمقاطعة إن كنت ترغب في المساعدة. إن كنت تعتقد أن شخصاً ما قد حال بينك وبين حقك في التسجيل للتصويت أو رفضه، أو حقك في خصوصية تقرير ما إذا كنت ستسجل أو تتقدم بطلب تسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي ميول سياسي آخر، يمكنك التقدم بشكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية ببنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

سيكمل موظفو مكتب المساعدات بالمقاطعة هذا المربع بناء على ردكم أعلاه

COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE -

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

لاستخدام مكتب المساعدات بالمقاطعة فقط - CAO Use Only

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____
2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -	CLIENT NOTIFIED
3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?	Reason for denial:		
4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute?			
7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?	REGISTERED FOR CATEGORIES 		



الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، وفي بعض الحالات على أساس الدين أو المعتقدات السياسية.

وزارة الزراعة بالولايات المتحدة تحظر أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو التآثر بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوده الوزارة أو تموله.

على جميع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل أو الطباعة الكبيرة أو شريط التسجيل أو لغة الإشارة الأمريكية، إلى غير ذلك)، الاتصال بالوكالة (المحلية، أو على مستوى الولاية) بمكان تقديمهم طلبات للحصول على المزايا. الأفراد الذين يعانون من الصمم أو يعانون من ضعف السمع أو لديهم صعوبات في النطق يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة نشر الرسائل الفيدرالية على رقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في البرنامج الخاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، والمتاح عبر الإنترنت على الرابط http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية واكتب فيه كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل برقم 632-9992 (866). قدم النموذج المكتمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة في الولايات المتحدة عبر:

(1) U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) فاكس: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

لمزيد من المعلومات حول التعامل مع المسائل المتعلقة ببرنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP)، على جميع الأشخاص إما الاتصال على الخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة على الرقم 800-221-5689، والمتاح أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام الاستعلامات/الخطوط الساخنة بالولاية (اضغط على الرابط للوصول إلى قائمة بأرقام الخطوط الساخنة بالولاية)، والمتاحة عبر الإنترنت على http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

لتقديم شكوى بسبب التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية اتحادية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة (HHS)، مع كتابة ما يلي على الشكوى: HHS Director, Office for Civil Rights Room 515-F, 200 Independence (202) 619-0403 أو اتصل بـ 800-537-7697 (مهاقنة نصية).

تعمل هذه المؤسسة كموفر عمل يعتمد على تكافؤ الفرص.

الحق في السرية

نضمن لك الحفاظ على خصوصية معلوماتك، ولا نستخدم المعلومات إلا لتقرير البرامج التي قد تكون مؤهلة لها. يجب على مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) أن يقدم، عندما يُطلب منه ذلك، لمسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين، والولايتين، والمحليين عنوان الفرد الذي يتهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنائية أو مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط، مع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به وصورته (إن وجدت). أي شخص ينتهك عن علم أيًا من قواعد هذا القسم ولوانحه يكون متهمًا بارتكاب جُححة، وعند إدانته، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100\$) دولار أمريكي، أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كلا العقوبتين (وفقًا للمادة 483 من الباب رقم 62، قانون ولاية بنسلفانيا).

الحق في إخطار كتابي

نطبع إخطارًا كتابيًا يشرح لك مزاياك. إن رفضنا المزايا أو غيرناها أو علّقناها أو أوقفناها، سنعطيك شرحًا كتابيًا يوضح السبب. يكون أمامك 30 يومًا لطلب جلسة استماع (90 يومًا لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية "مزايا SNAP") من تاريخ إرسال الإخطار بريديًا.

الحق في الطعن

لك الحق في طلب جلسة استماع من قسم الخدمات الإنسانية (DHS) للطعن في قرار إن كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل القسم في تنفيذ طلبك للحصول على مزايا. يمكنك تقديم الطعن في مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO). في حال قدمت طعنًا، يجوز لك أيضًا طلب عقد مؤتمر وكالة قبل جلسة الاستماع. إن كان الطعن الخاص بك يتضمن مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية العاجلة، فيحق لك عقد هذا المؤتمر مع مشرف في غضون يومي عمل. خلال جلسة الاستماع، يجوز لك أن تمثل نفسك، ويجوز أن يمثلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

الحق في طلب إثبات سبب وجيه

في حال تقدمت بطلب للحصول على مزايا مساعدات نقدية أو طبية، فإن القانون يطلب منك المساعدة في إثبات الأبوة وطلب

الدعم. قد تُعفى من هذه المتطلبات إذا أثبت أنها قد تشكل خطراً عليك وأو على أطفالك. يُعرف هذا بالسبب الوجيه. ما لم يُقدّم سبب وجيه للإعفاء، يُطلب منك تلبية متطلبات التوظيف والتدريب. ويُطلب منك أيضًا تلبية متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يُقدّم سبب وجيه.

الحق في شهادة تغطية مُتعمدة

يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها على حالة موجودة مسبقًا. في حال سجلت في خطة صحية جماعية تستثني العلاج لحالة كنت مصاب بها بالفعل، فقد يُدفع لك مقابل الوقت الذي تلقيت فيه تغطية المساعدة الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على التغطية. اتصل بمرشد الحالة الاجتماعية الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

مسؤولية تقديم المعلومات

يجب أن تقدم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. يجب أن تساعد في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد تُرفض المزايا في حال لم تقدم إثباتًا معينًا. في حال كنت لا تستطيع أن تُقدم إثباتًا عليك طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة للحصول عليه. في حال اتصل بك أحد من وزارة الأمن الوطني أو مكتب المفتش العام، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتلقي مساعدات طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإعفاء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والعقاقير الطبية، فقد يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراك. في حال كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد نطلب منك توقيع اتفاقية لإعادة سداد المزايا التي حصلت عليها أنت وزوجك وأطفالك.

مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على المزايا النقدية والمساعدة الطبية و/أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية، يجب أن تقدم رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص تتقدم بطلب له. في حال لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يجب أن تقدم للحصول على رقم. عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي قد يؤدي إلى عدم حصولك على المزايا. للحصول على المزايا النقدية، قد نطلب رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص قد يؤثر دخله أو مواده على أهليتك أو على مقدار المزايا. يُستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لتأكيد الهوية، وللمطابقة الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية المزايا الاتحادية والفيدرالية. لا يجب على الشخص غير المواطن المتقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" فقط تقديم رقم ضمان اجتماعي (القانون "U.S. Code 1320b-7 42").

مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا بشكل قانوني

بمجرد تأكيد أهليتك للمزايا، تصدر لك بطاقة دخول خاصة بولاية بنسلفانيا. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا من قبل الشخص المؤهل وأثناء مدة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للخدمات اللازمة والمعقولة.

مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات

في حال كنت مؤهلاً للحصول على المزايا، فسوف يُطلب منك إبلاغ مرشد الحالة الاجتماعية أو مركز خدمة العملاء بالتغييرات التي تحدث في ظروفك. تشمل أنواع التغييرات التي يتم الإبلاغ عنها، أشخاص يغادرون المنزل أو ينتقلون إليه، أو عنوان جديد، أو وظيفة جديدة لشخص ما، أو إذا فقد شخص ما وظيفة، أو ولادة طفل، أو مصادر دخل جديدة، أو تغييرات في الدخل، والفوز بجوائز اليانصيب والمقامرة. سوف يغطي الموظف الاجتماعي والإخطارات التي تتلقاها التفاصيل بناءً على البرامج والمزايا التي أنت مؤهل لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان المزايا، أو الخضوع للعقوبات، أو التهم المدنية أو الجنائية. يمكنك إبلاغ مكتب المساعدات بالمقاطعة بالتغييرات، وذلك بالحضور شخصيًا، أو عبر الهاتف، أو الفاكس، أو البريد أو عن طريق حساب MyCOMPASS. يمكنك أيضًا إبلاغ خدمة العملاء بالتغييرات في أي وقت على رقم 1-877-395-8930، أو على رقم 1-215-560-7226 لمدينة فيلادلفيا.

بيان قانون الخصوصية

(1) يُسمح بتجميع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة، الباب 7 من قانون الولايات المتحدة 2011-2036d. تُستخدم المعلومات لتقرير ما إذا كانت أسرتك المعيشية مؤهلة أو ما إذا كانت لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج مساعدات التغذية التكميلية. نؤكد هذه المعلومات عن طريق برامج للمطابقة الحاسوبية. تُستخدم هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج، كما تُستخدم لإدارة البرنامج.

(2) قد يُفصح عن هذه المعلومات لوكالات فيدرالية واتحادية أخرى بغرض الفحص الرسمي، ويُفصح عنها لمسؤولي إنفاذ القانون بغرض اعتقال الأشخاص الهاربين لتجنب إنفاذ القانون.

(3) في حال رُفعت دعوى برنامج مساعدات التغذية التكميلية ضد أسرتك، فقد يتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الاتحادية، وكذلك وكالات تحصيل الدعاوى الخاصة، لإجراء تحصيل دعوى.

(4) تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، هو أمر اختياري. ومع ذلك، فإن عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي سينتج عنه حرمان من مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لكل فرد لم يُقدّم رقم الضمان الاجتماعي. أي أرقام ضمان اجتماعي مُقدّمة سوف تُستخدم ويُفصح عنها بنفس الطريقة مثل أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.



المحظورات والعقوبات اقرأ عن مسؤولياتك:

قد يحدث هذا (عقوبة)	إن حدث هذا دون سبب وجيه	
غرامة أو حبس أو كلاهما. خفض المزايا أو إيقافها.	إساءة استخدام بطاقة تحويل المزايا الإلكترونيًا (EBT) أو بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا. عدم الإبلاغ عن التغييرات، كما هو مطلوب.	
الغرامة، والتجريد من الأهلية و/أو السجن للاحتيال الاجتماعي، التجريد من أهلية إجراءات الاستماع الإدارية. غير مؤهل للمساعدات النقدية: • المرة الأولى – 6 أشهر • المرة الثانية – 12 شهرًا • المرة الثالثة – مدى الحياة. غير مؤهل لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية: • المرة الأولى – 12 شهرًا. • المرة الثانية – 24 شهرًا. • المرة الثالثة – مدى الحياة.	كل المزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية السيولة النقدية المساعدات الطبية تقديم معلومات غير حقيقية أو غير صحيحة أو غير كاملة أو عدم الإبلاغ عن التغييرات عمدًا.	
غير مؤهل: • كل إدانات المحاكم - 12 شهرًا.	المتاجرة في بطاقة ACCESS الخاصة بشخص آخر، أو بيعها، أو محاولة المتاجرة فيها أو بيعها أو شرائها أو استخدامها.	
غير مؤهل: • المرة الأولى – 12 شهرًا. • المرة الثانية – 24 شهرًا. • المرة الثالثة – مدى الحياة. • إدانة المحكمة للمرة الأولى بأكثر من 500 دولار أمريكي - مدى الحياة.	إساءة استخدام مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية عمدًا، على سبيل المثال، المتاجرة في بطاقات EBT أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية أو بيعها أو شرائها، أو تحويل المزايا، أو تفريغ الحاويات المشتراة عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لتلقي ودائع – أو شراء أشياء لا يغطيها برنامج SNAP مثل الكحول والتبغ – أو استغلال مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لدفع ثمن الطعام الذي تم استلامه بالفعل أو الطعام الذي يُدفع له بالأجل. شراء منتج عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية بنية الحصول على نقد أو مقابل بخلاف الطعام المؤهل، من خلال إعادة بيع المنتج نظير النقد أو المقابل بخلاف الطعام المؤهل. شراء منتجات تم شراؤها في الأصل عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية عمدًا، نظير النقد أو المقابل بخلاف الطعام المؤهل.	
غير مؤهل: • المرة الأولى – 24 شهرًا. • المرة الثانية – مدى الحياة.	استغلال/تلقى مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لشراء المخدرات أو المواد الخاضعة للرقابة.	
المرة الأولى - غير مؤهل مدى الحياة.	استغلال/تلقى مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لبيع الأسلحة النارية أو الخيصة أو المتفجرات.	
غير مؤهل مدى الحياة.	الإدانة بشراء أو بيع أو المتاجرة في مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أمريكي أو أكثر.	
غير مؤهل لمدة 10 سنوات.	الكذب بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه لتلقي أكثر من ميزة من برنامج مساعدات التغذية التكميلية.	
غير مؤهل حتى تُنفذ ما ينص عليه القانون.	الهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنائية/الشروع في جنائية – أو الهرب بسبب مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط.	
غير مؤهل حتى تمتثل للعقوبة.	عدم الامتثال لعقوبة المحكمة، بما في ذلك دفع الغرامات عن جنائية أو جنحة.	
غير مؤهل لمدة 10 سنوات.	الكذب بشأن المكان الذي تعيش فيه لتلقي النقود في ولايتين أو أكثر.	
غير مؤهل حتى تُنفذ ما ينص عليه القانون.	الهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب الإدانة بجنائية/الشروع في جنائية، أو عدم الظهور كمدعى عليه في دعوى أمام محكمة جنائية عند صدور أمر استدعاء أو أمر قضائي بتهمة ارتكاب جريمة أو جنائية أو جنحة مستعجلة، أو الهرب بسبب مخالفة مراقبة/إطلاق سراح مشروط، أو عند وجود أي مذكرة قضائية سارية ضدك.	
غرامة تصل إلى 250000 دولار أمريكي فيما يخص برنامج مساعدات التغذية التكميلية، وتصل إلى 15000 دولار فيما يتعلق بالمساعدات النقدية؛ • السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا فيما يخص برنامج مساعدات التغذية التكميلية، وتصل إلى 7 سنوات فيما يتعلق بالمساعدات النقدية؛ و/أو • إعادة سداد المزايا التي حصلت عليها. • التجريد من الأهلية للمدد التي ينص عليها البرنامج أعلاه.	في حال ثبتت إدانتك بالاحتيال أو خرق القواعد المذكورة أعلاه:	
غير مؤهل: • المرة الأولى – شهر واحد حتى تُنفذ ما هو مطلوب. • المرة الثانية – 3 أشهر حتى تُنفذ ما هو مطلوب. • المرة الثالثة أو أكثر من ثلاث مرات – ستة أشهر حتى تُنفذ ما هو مطلوب منك.	الأفراد الأسرة المعيشية – اللاتقنين جسديًا وعقليًا – الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا وتقل عن 60 عامًا – وغير المعفيين لأسبب وجيه. رفض: • قبول وظيفة. • إخبار مكتب المساعدات بالمقاطعة عن حالة العمل وإتاحة الوظيفة.	قواعد عمل برنامج مساعدات التغذية التكميلية
غير مؤهل: • المخالفة الأولى – لن تكون مؤهلاً لمدة 30 يومًا على الأقل أو حتى ينتهي عدم الامتثال، أيهما أطول. • المخالفة الثانية – لن تكون مؤهلاً لمدة 60 يومًا على الأقل أو حتى ينتهي عدم الامتثال، أيهما أطول. • المخالفة الثالثة – سيتم تجريدك من الأهلية بشكل دائم. في حال حدث سبب العقوبة خلال الـ 24 شهرًا الأولى من استلام المساعدة النقدية، سواء متتالية أو متقطعة، فإن العقوبة لا تنطبق إلا على الفرد. في حال حدث سبب العقوبة بعد الـ 24 شهرًا الأولى من استلام المساعدة النقدية، سواء متتالية أو متقطعة، فإن العقوبة تنطبق على العائلة بأكملها.	لا تقي بمطالبات العمل النقدي عن قصد، كما هو منصوص عليه في اتفاقية المسؤولية المشتركة (AMR).	



عندما أوقع على هذا النموذج:

- أتفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)، والمؤسسات المالية، وتقارير المستهلك، والوكالات الاتحادية والفرديّة؛ وذلك للتحقق من المعلومات التي أقدمها لها. سوف تُطلب المعلومات المتاحة من خلال (IEVS) والكيانات الأخرى، وتُستخدم، ويمكن التحقق منها عن طريق الاتصال العرضي، عندما تثر الوكالة الاتحادية على تفاصيل متعارضة، وقد تؤثر مثل هذه المعلومات على أهلية أسرتي ومستوى المزايا.
- أتفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب، فأنا أصرّح لأي مؤسسة مالية بالكشف، إلكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المُعين؛ وذلك لتحديد الأصول (والتي يطلق عليها أيضا "الأصول") والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للحصول على المساعدة الطبية أو إعادة تقييمها. أتفهم أن المعلومات المالية تشمل الدوائج، وعمليات السحب، وإغلاق الحسابات، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المتلقاة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. أتفهم أن هذا التصريح سار حتى يتم الحرمان من الأهلية للمساعدة الطبية أو تنتهي مدتها، أو إذا قررت إغائه بموجب إخطار كتابي يُقدّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أفهم أنه في حالة إلغاء هذا التصريح، فهذا قد يجعلني أنا أو أسرتي غير مؤهلاً للمساعدة الطبية.
- أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إغفائها أو حجبتها، قد يُطلب مني سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مقاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثلاً مفوضاً، وذلك بإكمال القسم الخاص بالمثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
- أتفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتمالية تُقدّم في هذا الطلب، حتى وإن كان الطلب مُقدّماً من قبل شخص يتصرف نيابة عني.
- استلمت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرأها لي شخص، وأنا أتفهمها.
- أتفهم أن المعلومات التي أُدرجت في هذا الطلب ستبقى سرّية ولن تُستخدم إلا لإدارة المزايا. أصرّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.
- أعلم أنه يجوز لوزارة الخدمات الإنسانية وممثلها التواصل معي عبر وسائل تتضمن الرسائل الإلكترونية والرسائل النصية للمساعدة في معالجة طلبي أو طلب التعليقات والملاحظات على إجراءات معالجة الطلب. وأعلم أن الوزارة ستواصل إجراءات معالجة طلبي حتى ولو كنت غير راغب في تلقي رسائل إلكترونية أو رسائل نصية.
- أتفهم أن أي تغييرات يُطلب مني الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون العشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي الشهر الذي تم خلاله التغيير.
- أتفهم أن أسرتي المعيشية قد تفقد مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية إذا تلقى أحد أفراد الأسرة المعيشية إحدى جوائز اليانصيب أو المقامرة والتي تعادل أو تزيد عن قيمة حد موارد برنامج مساعدات التغذية التكميلية المخصصة للأسر المعيشية التي تشمل كبار السن أو المعاقين.
- أتفهم أنني سألتني إخطاراً كتابياً يوضح المزايا. في حالة الحرمان من المزايا أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سيوضح السبب في الإخطار الكتابي.
- أفهم أنه سيكون أمامي 30 يوماً (90 يوماً لمزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية "قسائم الطعام") من تاريخ الإخطار لطلب جلسة استماع في حال عدم قبولي القرار المُتخذ بشأن هذا الطلب.
- أتفهم أن موقفي يخضع للتحقق من قبل أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
- أتفهم أن مقدم الطلب يجب أن يُقدّم رقم ضمانه الاجتماعي أو يتقدم بطلب للحصول عليه إن لم يكن لديه رقم ضمان اجتماعي. يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أتفهم أن بطاقة "تحويل المزايا إلكترونياً" (EBT)، أو بطاقة ACCESS PA لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. يجب ألا أستخدم تحويل المزايا إلكترونياً أو بطاقة ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا إلا للشخص المؤهل ولا يجوز لي إلا الحصول على المزايا اللازمة والمعقولة.
- أتفهم أنه لا يجوز لي استخدام أموال المساعدة النقدية الصادرة عن طريق بطاقة ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا لإجراء معاملات في محلات بيع الخمر أو الكازينوهات (كازينوهات المقامرة أو مؤسسات الألعاب) أو أماكن لترفيه البالغين.

وقع هنا:

X

توقيع مُقدم الطلب أو الممثل المفوض

التاريخ

هام: في حال كانت أسرتك مؤهلة لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية/برنامج مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض، فقد تتلقى نموذج موافقة على التتبع السريع عبر البريد والذي يسمح لك ولأفراد أسرتك بالتسجيل تلقائياً في المساعدة الطبية.

اسم الممثل المفوض	عنوان الممثل المفوض	رقم الهاتف

مكتب المساعدات
بالمقاطعة فقط
CAO Use Only

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO Signature

Date





pennsylvania

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

إدارة الخدمات الإنسانية بولاية بنسلفانيا (DHS) تلتزم بالقوانين الفيدرالية السارية ولا تفرق بين الأشخاص على أساس الأصل العرقي، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. إدارة الخدمات الإنسانية لا تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بطريقة مختلفة بسبب الأصل العرقي، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الاعتقاد الديني، أو الانتماء الديني، أو النسل، أو النوع، أو الهوية الجنسية، أو التعبير، أو التوجه الجنسي.

إدارة الخدمات الإنسانية توفر ما يلي:

- مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات من أجل التواصل بشكل فعال معنا، مثل:
 - مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بصيغات مختلفة (مطبوعات كبيرة، مادة صوتية، صيغات إلكترونية يمكن الوصول إليها، وغيرها من الصيغات
- خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تمثل اللغة الإنجليزية لغتهم الأساسية، مثل:
 - مترجمون شفهيون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا أردت هذه الخدمات، يرجى الاتصال بمكتب المساعدة المحلية بالمقاطعة لديك.

إذا كنت تعتقد أن DHS قد أخفقت في توفير هذه الخدمات أو مارست التمييز بطريقة أخرى على أساس الأصل العرقي، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس، يمكنك تقديم أي تظلم إلى: **The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA** رقم 711، فاكس (717) 772-4366، أو بريد إلكتروني - RA-PWBEOA@pa.gov. يمكنك تقديم التظلم شخصيًا أو عن طريق البريد، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة للمساعدة عند تقديم التظلم، فإن مكتب تكافؤ الفرص متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية بشكل إلكتروني عبر منصة تقديم الشكاوى المتعلقة بالحقوق المدنية، والمتاحة على الصفحة الإلكترونية <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد الإلكتروني، أو الهاتف على رقم:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-537-7697 , 1-800-368-1019 (هاتف نصي للأشخاص الصم)

نماذج الشكاوى متاحة على الصفحة الإلكترونية <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين (AI/AN)

أكمل بيانات هذا الملحق إن كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين. قدم هذا مع طلب الحصول على تغطية الرعاية الصحية الخاص بك. لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

أخبرنا عن فرد (أفراد) أسرتك الذين هم من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين.

يمكن للهنود الأمريكيين وسكان الأسكا الأصليين الحصول على خدمات من خدمات الصحة الهندية، أو برامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندية الحضرية. وكذلك قد لا يحتاجون إلى دفع التكاليف المتقاسمة وقد يحصلون على مواعيد تسجيل شهرية خاصة. أجب عن الأسئلة التالية للتأكد من حصول عائلتك على أكبر مساعدة ممكنة.

ملاحظة: إن كان هناك عدد أكبر من الأشخاص لتضمينه، فانسخ هذه الصفحة وأرفقها.

شخص 1 من الهنود الأمريكيين /سكان الأسكا الأصليين	
يرجى كتابة جميع المعلومات	الاسم (الاسم الأول، الاسم الثاني، الاسم الأخير):
فرد في قبيلة معترف بها فدراليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة بنعم، ما اسم القبيلة: _____	الولاية: _____
هل حصل هذا الشخص من قبل على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برنامج صحة قبلي، أو من برنامج صحة هندي حضري، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
في حالة الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برامج الصحة القبلية، أو من برامج الصحة الهندية الحضرية، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
بعض الأموال المستلمة قد لا تحسب مقابل الحصول على الرعاية الصحية. اكتب قائمة بأي دخل (المبلغ وعدد المرات) الذي تم ذكره في الطلب الخاص بك، والذي يتضمن أموالاً من هذه المصادر:	
\$ _____	
كم عدد المرات؟ _____	
<ul style="list-style-type: none"> • نصيب الفرد من المدفوعات من قبيلة، والتي مصدرها الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام، أو الإيجارات، أو الربوع. • مدفوعات مصدرها الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربية المواشي، وصيد الأسماك، والإيجارات، أو الربوع من الأراضي التي حددتها وزاره الداخلية باعتبارها أرضاً هندية موقوفة (بما في ذلك المحميات والمحميات السابقة). • أموال مصدرها بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية. 	

شخص 2 من الهنود الأمريكيين /سكان الأسكا الأصليين	
يرجى كتابة جميع المعلومات	الاسم (الاسم الأول، الاسم الثاني، الاسم الأخير):
فرد في قبيلة معترف بها فدراليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حالة الإجابة بنعم، ما اسم القبيلة: _____	الولاية: _____
هل حصل هذا الشخص من قبل على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برنامج صحة قبلي، أو من برنامج صحة هندي حضري، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
في حالة الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برامج الصحة القبلية، أو من برامج الصحة الهندية الحضرية، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
بعض الأموال المستلمة قد لا تحسب مقابل الحصول على الرعاية الصحية. اكتب قائمة بأي دخل (المبلغ وعدد المرات) الذي تم ذكره في الطلب الخاص بك، والذي يتضمن أموالاً من هذه المصادر:	
\$ _____	
كم عدد المرات؟ _____	
<ul style="list-style-type: none"> • نصيب الفرد من المدفوعات من قبيلة، والتي مصدرها الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام، أو الإيجارات، أو الربوع. • مدفوعات مصدرها الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربية المواشي، وصيد الأسماك، والإيجارات، أو الربوع من الأراضي التي حددتها وزاره الداخلية باعتبارها أرضاً هندية موقوفة (بما في ذلك المحميات والمحميات السابقة). • أموال مصدرها بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية. 	





التغطية الصحية من الوظيفة (الوظائف)

أخبرنا عن الوظيفة التي توفر تغطية. لا تحتاج إلى الإجابة عن هذه الأسئلة ما لم يكن فرد من أفراد الأسرة المعيشية مؤهلاً للتغطية الصحية من وظيفة. لا تحتاج للإجابة عن هذه الأسئلة في حالة تقدمك فقط للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية.

اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي في قسم معلومات الموظف. يمكن الرجوع إلى صاحب العمل لمساعدتك في إكمال قسم معلومات الموظف. إن كنت غير قادر على الحصول على هذه المعلومات من صاحب العمل في الوقت المناسب، أو إن كنت تشعر أن إكمال هذه البيانات سيؤخر بداية طلبك، يمكنك أن تقدم الطلب الخاص بك دون الملحق (ب).

أرفق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة توفر تغطية.

معلومات الموظف	
اسم الموظف (الاسم الأول، الاسم الثاني، الاسم الأخير):	رقم الضمان الاجتماعي:
معلومات صاحب العمل	
اسم صاحب العمل:	رقم هوية صاحب العمل (EIN)
عنوان صاحب العمل (الشارع، ورقم الشقة، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي + 4):	رقم هاتف صاحب العمل:
من الذي يمكننا الاتصال به بشأن التغطية الصحية للموظفين في هذا العمل؟	رقم الهاتف (إن كان مختلفاً عن أعلاه):
هل الموظف مؤهل حالياً للحصول على التغطية التي يوفرها صاحب العمل، أم أن الموظف سيكون مؤهلاً في الأشهر الثلاثة القادمة؟	عنوان البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> نعم (متابعة) إن كان الموظف غير مؤهل في الوقت الحالي، بما في ذلك أن يكون غير مؤهلاً نتيجة لمدة انتظار أو اختبار، متى يكون الموظف مؤهلاً للحصول على التغطية؟ _____	رقم الهاتف ()
<input type="checkbox"/> لا (توقف وأعد هذه النموذج إلى الموظف).	رقم الهاتف ()
أخبرنا عن الخطة الصحية التي يوفرها صاحب العمل هذا.	عنوان البريد الإلكتروني:
هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تغطي زوج/زوجة الموظف أو الشخص (الأشخاص) المعال (المعالين)؟	رقم الهاتف ()
<input type="checkbox"/> نعم. أي أشخاص: _____	عنوان البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> لا (انتقل إلى السؤال التالي)	رقم الهاتف ()
هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تستوفي معيار القيمة الدنيا؟ *	عنوان البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال التالي)	رقم الهاتف ()
<input type="checkbox"/> لا (توقف وأعد النموذج إلى الموظف)	رقم الهاتف ()
للخطة الأقل تكلفة التي تستوفي معيار القيمة الدنيا* والمقدمة فقط لصاحب العمل (لا تُدرج خطط العائلة): إذا كان صاحب العمل يوفر برامج العناية بالصحة، انظر القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل على الحد الأقصى من الخصم لأي من برامج الإقلاع عن التدخين، ولم يحصل على أي خصومات أخرى تعتمد على برامج العناية بالصحة.	رقم الهاتف ()
كم المبلغ الذي سيدفعه الموظف على أقساط مقابل هذه الخطة؟	رقم الهاتف ()
كم عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> كل ثلاثة أشهر <input type="checkbox"/> سنوياً	رقم الهاتف ()
إن كانت خطتك ستتتهي قريباً، وأنت تعرف أن الخطط الصحية المقدمة سوف تتغير، انتقل إلى السؤال التالي. إن كنت لا تعرف، توقف وأعد هذا النموذج إلى الموظف.	رقم الهاتف ()
ما هو التغيير الذي سيجريه صاحب العمل في خطة السنة الجديدة؟	رقم الهاتف ()
<input type="checkbox"/> لن يوفر صاحب العمل تغطية صحية	رقم الهاتف ()
<input type="checkbox"/> سيبدأ صاحب العمل في تقديم تغطية صحية للموظفين أو تغيير القسط إلى أقل خطة تكلفه متاحة للموظف الذي يستوفي معيار القيمة الدنيا فقط. * (يجب أن يعكس القسط التخفيض بالنسبة لبرامج العناية بالصحة. انظر السؤال أعلاه).	رقم الهاتف ()
كم المبلغ الذي سيدفعه الموظف على أقساط مقابل هذه الخطة؟ بالدولار الأمريكي	رقم الهاتف ()
كم عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> كل ثلاثة أشهر <input type="checkbox"/> سنوياً	رقم الهاتف ()
تاريخ التغيير: (الشهر/اليوم/العام) _____	رقم الهاتف ()

*الخطة الصحية التي يراها صاحب العمل تستوفي "معيار القيمة الدنيا"، إذا كانت حصة الخطة لمجموع تكاليف المزايا المسموح بها المشمولة بالخطة لا تقل عن 60 في المائة من هذه التكاليف (المادة 36ب (ج) (2) (ج) (2) من قانون ضريبة الدخل لعام 1986).





الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، وفي بعض الحالات على أساس الدين أو المعتقدات السياسية.

وزارة الزراعة بالولايات المتحدة تحظر أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتماء أو النثر بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوده الوزارة أو تموله.

على جميع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل أو الطباعة الكبيرة أو شريط التسجيل أو لغة الإشارة الأمريكية، إلى غير ذلك)، الاتصال بالوكالة (المحلية، أو على مستوى الولاية) يمكن تقديم طلبات للحصول على المزايا. الأفراد الذين يعانون من الصمم أو يعانون من ضعف السمع أو لديهم صعوبات في النطق يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة نشر الرسائل الفيدرالية على رقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في البرنامج الخاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، والمتاح عبر الإنترنت على الرابط http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية واكتب فيه كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل برقم 632-9992 (866). قدم النموذج المكتمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة في الولايات المتحدة عبر:

(1) U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) فاكس: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

لمزيد من المعلومات حول التعامل مع المسائل المتعلقة ببرنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP)، على جميع الأشخاص إما الاتصال على الخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة على الرقم (800) 221-5689، والمتاح أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام الاستعلامات/الخطوط الساخنة بالولاية (اضغط على الرابط للوصول إلى قائمة بأرقام الخطوط الساخنة بالولاية)، والمتاحة عبر الإنترنت على http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

لتقديم شكوى بسبب التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية اتحادية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة (HHS)، مع كتابة ما يلي على الشكوى: HHS Director, Office for Civil Rights Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو اتصل بـ (202) 619-0403 (صوتي) أو (800) 537-7697 (مهاتفة نصية).

تعمل هذه المؤسسة كموفر عمل يعتمد على تكافؤ الفرص.

الحق في السرية

نضمن لك الحفاظ على خصوصية معلوماتك، ولا نستخدم المعلومات إلا لتقرير البرامج التي قد تكون مؤهلة لها. يجب على مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) أن يقدم، عندما يُطلب منه ذلك، لمسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين، والولايتين، والمحليين عنوان الفرد الذي يتهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنائية أو مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط، مع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به وصورته (إن وجدت). أي شخص ينتهك عن علم أيًا من قواعد هذا القسم ولوانحه يكون متهمًا بارتكاب جُنحة، وعند إدانته، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100\$) دولار أمريكي، أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كلا العقوبتين (وفقًا للمادة 483 من الباب رقم 62، قانون ولاية بنسلفانيا).

الحق في إخطار كتابي

نعطيك إخطارًا كتابيًا يشرح لك مزاياك. إن رفضنا المزايا أو غيرناها أو علّقناها أو أوقفناها، سنعطيك شرحًا كتابيًا يوضح السبب. يكون أمامك 30 يومًا لطلب جلسة استماع (90 يومًا لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية "مزايا SNAP") من تاريخ إرسال الإخطار بريديًا.

الحق في الطعن

لك الحق في طلب جلسة استماع من قسم الخدمات الإنسانية (DHS) للطعن في قرار إن كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل القسم في تنفيذ طلبك للحصول على مزايا. يمكنك تقديم الطعن في مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO). في حال قدمت طعنًا، يجوز لك أيضًا طلب عقد مؤتمر وكالة قبل جلسة الاستماع. إن كان الطعن الخاص بك يتضمن مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية العاجلة، فيحق لك عقد هذا المؤتمر مع مشرف في غضون يومي عمل. خلال جلسة الاستماع، يجوز لك أن تمثل نفسك، ويجوز أن يمثلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

الحق في طلب إثبات سبب وجيه

في حال تقدمت بطلب للحصول على مزايا مساعدات نقدية أو طبية، فإن القانون يطلب منك المساعدة في إثبات الأبوة وطلب

الدعم. قد تُعفى من هذه المتطلبات إذا أثبت أنها قد تشكل خطرًا عليك و/أو على أطفالك. يُعرف هذا بالسبب الوجيه. ما لم يُقدم سبب وجيه للإعفاء، يُطلب منك تلبية متطلبات التوظيف والتدريب. يُطلب منك أيضًا تلبية متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يُقدم سبب وجيه.

الحق في شهادة تغطية مُتعمدة

يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها على حالة موجودة مسبقًا. في حال سجّلت في خطة صحية جماعية تستثني العلاج لحالة كنت مصاب بها بالفعل، فقد يُدفع لك مقابل الوقت الذي تلقت فيه تغطية المساعدة الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على التغطية. اتصل بمرشد الحالة الاجتماعية الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

مسؤولية تقديم المعلومات

يجب أن تُقدّم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. يجب أن تساعد في إثبات المعلومات التي تُقدّمها. قد تُرفض المزايا في حال لم تُقدّم إثباتًا معيّنًا. في حال كنت لا تستطيع أن تُقدّم إثباتًا، عليك طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة للحصول عليه. في حال اتصل بك أحد من وزارة الأمن الوطني أو مكتب المفتش العام، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتلقّي مساعدات طبية لنفك تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإغناء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والمقاهير الطبية، فقد يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراثك. في حال كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد نطلب منك توقيع اتفاقية لإعادة سداد المزايا التي حصلت عليها أنت وزوجتك وأطفالك.

مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على المزايا النقدية والمساعدة الطبية و/أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية، يجب أن تُقدّم رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص تُتقدّم بطلب له. في حال لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يجب أن تُقدّم للحصول على رقم. عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي قد يؤدي إلى عدم حصولك على المزايا. للحصول على المزايا النقدية، قد نطلب رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص قد يؤثر دخله أو موارده على أهليتك أو على مقدار المزايا. يُستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لتأكيد الهوية، وللمطابقة الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية المزايا الاتحادية والفيدرالية. لا يجب على الشخص غير المواطن المتقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" فقط تقديم رقم ضمان اجتماعي القانون (U.S. Code 1320b-742).

مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا بشكل قانوني

بمجرد تأكيد أهليتك للمزايا، تصدر لك بطاقة دخول خاصة بولاية بنسلفانيا. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا من قبل الشخص المؤهل وأثناء مدة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للخدمات اللازمة والمعقولة.

مسؤولية الإبلاغ عن التغيرات

في حال كنت مؤهلًا للحصول على المزايا، فسوف يُطلب منك إبلاغ مرشد الحالة الاجتماعية أو مركز خدمة العملاء بالتغيرات التي تحدث في ظروفك. تشمل أنواع التغيرات التي يتم الإبلاغ عنها، أشخاص يغادرون المنزل أو ينتقلون إليه، أو عنوان جديد، أو وظيفة جديدة لشخص ما، أو إذا فقد شخص ما وظيفة، أو ولادة طفل، أو مصادر دخل جديدة، أو تغيرات في الدخل، والفوز بجوائز اليانصيب والمقامرة. سوف يغطي الموظف الاجتماعي والإخطارات التي تتلقاها التفاصيل بناءً على البرامج والمزايا التي أنت مؤهل لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغيرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان المزايا، أو الخضوع للعقوبات، أو التهم المدنية أو الجنائية. يمكنك إبلاغ مكتب المساعدات بالمقاطعة بالتغيرات، وذلك بالحضور شخصيًا، أو عبر الهاتف، أو الفاكس، أو البريد أو عن طريق حساب MyCOMPASS. يمكنك أيضًا إبلاغ خدمة العملاء بالتغيرات في أي وقت على رقم 1-877-395-8930، أو على رقم 1-215-560-7226 لمدينة فيلادلفيا.

بيان قانون الخصوصية

(1) يُسمح بتجميع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة، الباب 7 من قانون الولايات المتحدة 2011-2036d. تُستخدم المعلومات لتقرير ما إذا كانت أسرتك المعيشية مؤهلة أو ما إذا كانت لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج مساعدات التغذية التكميلية. نُؤكد هذه المعلومات عن طريق برامج للمطابقة الحاسوبية. تُستخدم هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج، كما تُستخدم لإدارة البرنامج.

(2) قد يُفصح عن هذه المعلومات لوكالات فيدرالية واتحادية أخرى بغرض الفحص الرسمي، ويُفصح عنها لمسؤولي إنفاذ القانون بغرض اعتقال الأشخاص الهاربين لتجنب إنفاذ القانون.

(3) في حال رُفعت دعوى برنامج مساعدات التغذية التكميلية ضد أسرتك، فقد يتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الاتحادية، وكذلك وكالات تحصيل الدعاوى الخاصة، لإجراء تحصيل دعوى.

(4) تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، هو أمر اختياري. ومع ذلك، فإن عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي سينتج عنه حرمان من مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لكل فرد لم يُقدّم رقم الضمان الاجتماعي. أي أرقام ضمان اجتماعي مُتّمة سوف تُستخدم ويُفصح عنها بنفس الطريقة مثل أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.



المحظورات والعقوبات اقرأ عن مسؤولياتك:

إن حدث هذا دون سبب وجيه	قد يحدث هذا (عقوبة)
إساءة استخدام بطاقة تحويل المزايا الإلكترونيًا (EBT) أو بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا.	غرامة أو حبس أو كلاهما.
عدم الإبلاغ عن التغييرات، كما هو مطلوب.	خفض المزايا أو إيقافها.
تقديم معلومات غير حقيقية أو غير صحيحة أو غير كاملة أو عدم الإبلاغ عن التغييرات عمدًا.	الغرامة، والتجريد من الأهلية /أو السجن للاحتيال الاجتماعي، التجريد من أهلية إجراءات الاستماع الإدارية. غير مؤهل للمساعدات النقدية: • المرة الأولى – 6 أشهر • المرة الثانية – 12 شهرًا • المرة الثالثة – مدى الحياة. غير مؤهل لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية: • المرة الأولى – 12 شهرًا • المرة الثانية – 24 شهرًا • المرة الثالثة – مدى الحياة.
المتاجرة في بطاقة ACCESS الخاصة بشخص آخر، أو بيعها، أو محاولة المتاجرة فيها أو بيعها أو شرائها أو استخدامها.	غير مؤهل: • كل إدانات المحاكم - 12 شهرًا.
إساءة استخدام مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية عمدًا، على سبيل المثال، المتاجرة في بطاقات EBT أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية أو بيعها أو شرائها، أو تحويل المزايا، أو تفريغ الحاويات المشتراة عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لتلقي ودائع – أو شراء أشياء لا يغطيها برنامج SNAP مثل الكحول والتبغ – أو استغلال مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لدفع ثمن الطعام الذي تم استلامه بالفعل أو الطعام الذي يُدفع له بالأجل. شراء منتج عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية بنية الحصول على نقد أو مقابل بخلاف الطعام المؤهل، من خلال إعادة بيع المنتج نظير النقد أو المقابل بخلاف الطعام المؤهل. شراء منتجات تم شراؤها في الأصل عن طريق مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية عمدًا، نظير النقد أو المقابل بخلاف الطعام المؤهل.	غير مؤهل: • المرة الأولى – 12 شهرًا. • المرة الثانية – 24 شهرًا. • المرة الثالثة – مدى الحياة. • إدانة المحكمة للمرة الأولى بأكثر من 500 دولار أمريكي - مدى الحياة.
استغلال/تلقي مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لشراء المخدرات أو المواد الخاضعة للرقابة.	غير مؤهل: • المرة الأولى – 24 شهرًا. • المرة الثانية – مدى الحياة.
استغلال/تلقي مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية لبيع الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات.	المرة الأولى - غير مؤهل مدى الحياة.
الإدانة بشراء أو بيع أو المتاجرة في مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أمريكي أو أكثر.	غير مؤهل مدى الحياة.
الكذب بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه لتلقي أكثر من ميزة من برنامج مساعدات التغذية التكميلية.	غير مؤهل لمدة 10 سنوات.
الهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنائية/الشروع في جنائية – أو الهرب بسبب مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط.	غير مؤهل حتى تُنفذ ما ينص عليه القانون.
عدم الامتثال لعقوبة المحكمة، بما في ذلك دفع الغرامات عن جنائية أو جنحة.	غير مؤهل حتى تمتثل للعقوبة.
الكذب بشأن المكان الذي تعيش فيه لتلقي النقود في ولايتين أو أكثر.	غير مؤهل لمدة 10 سنوات.
الهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب الإدانة بجنائية/الشروع في جنائية، أو عدم الظهور كمدعى عليه في دعوى أمام محكمة جنائية عند صدور أمر استدعاء أو أمر قضائي بتهمة ارتكاب جريمة أو جنائية أو جنحة مستعجلة، أو الهرب بسبب مخالفة مراقبة/إطلاق سراح مشروط، أو عند وجود أي مذكرة قضائية سارية ضدك.	غير مؤهل حتى تُنفذ ما ينص عليه القانون.
في حال ثبتت إدانتك بالاحتيال أو خرق القواعد المذكورة أعلاه:	<ul style="list-style-type: none"> غرامة تصل إلى 250000 دولار أمريكي فيما يخص برنامج مساعدات التغذية التكميلية، وتصل إلى 15000 دولار فيما يتعلق بالمساعدات النقدية؛ السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا فيما يخص برنامج مساعدات التغذية التكميلية، وتصل إلى 7 سنوات فيما يتعلق بالمساعدات النقدية؛ و/أو إعادة سداد المزايا التي حصلت عليها. التجريد من الأهلية للمدد التي ينص عليها البرنامج أعلاه.
لأفراد الأسرة المعيشية – اللاتقنين جسديًا وعقليًا – الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا وتقل عن 60 عامًا – وغير المعفيين أو لسبب وجيه.	غير مؤهل: • المرة الأولى – شهر واحد حتى تُنفذ ما هو مطلوب. • المرة الثانية – 3 أشهر حتى تُنفذ ما هو مطلوب. • المرة الثالثة أو أكثر من ثلاث مرات – ستة أشهر حتى تُنفذ ما هو مطلوب منك.
قواعد عمل برنامج مساعدات التغذية التكميلية	<p>تخاذ إجراء عمدًا لـ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ترك الوظيفة. تقليل ساعات العمل عن 30 ساعة في الأسبوع (ما لم تفي وظيفة أخرى بالفعل بمتطلبات العمل). <p>رفض:</p> <ul style="list-style-type: none"> قبول وظيفة. إخبار مكتب المساعدات بالمقاطعة عن حالة العمل وإتاحة الوظيفة.
قواعد العمل المتعلقة بالنقدية	<p>غير مؤهل:</p> <ul style="list-style-type: none"> المخالفة الأولى – لن تكون مؤهلاً لمدة 30 يومًا على الأقل أو حتى ينتهي عدم الامتثال، أيهما أطول. المخالفة الثانية – لن تكون مؤهلاً لمدة 60 يومًا على الأقل أو حتى ينتهي عدم الامتثال، أيهما أطول. المخالفة الثالثة – سيتم تجريدك من الأهلية بشكل دائم. <p>في حال حدث سبب العقوبة خلال الـ 24 شهرًا الأولى من استلام المساعدة النقدية، سواء متتالية أو متقطعة، فإن العقوبة لا تنطبق إلا على الفرد.</p> <p>في حال حدث سبب العقوبة بعد الـ 24 شهرًا الأولى من استلام المساعدة النقدية، سواء متتالية أو متقطعة، فإن العقوبة تنطبق على العائلة بأكملها.</p>



عندما أوقع على هذا النموذج:

- أتفهم أنه ليس عليّ تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص ليس متقدماً للحصول على المساعدة. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
 - أقر بأن جميع المعلومات التي أدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين.
 - أتفهم أن لي الحق في الحصول على شهادة تغطية معتمدة، للتحقق من تغطيتي الطبية. يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض المساعدات الطبية أو قصرها على حالة موجودة مسبقاً. إذا سجلت في خطة صحية جماعية تتضمن شرطاً موجوداً مسبقاً، فيمكنني الحصول على رصيد مقابل الوقت الذي تلقيت فيه المساعدة الطبية.
 - أتفهم أنه إن أقرر أنني مؤهل للمساعدة الطبية، سوف يتم وضعي في حزمة مزاياء المساعدات الطبية المتاحة لي الأكثر شمولاً. أتفهم أنه قد يكون مطلوباً مني التسجيل بإحدى الخطط الصحية. أتفهم أن التسجيل بإحدى الخطط الصحية قد يكون مجانياً أو مقابل تكلفة منخفضة من جانبي، لأن القسم يسد عنى رسماً شهرياً للخطة الصحية. أتفهم أن الرسم الشهري بمثابة رسم فردي. أتفهم أنه في حال حصولي على مساعدات طبية لا أكون مؤهلاً لها، نظراً لحدوث أي خطأ، أو احتيال، أو أي سبب آخر، فإنني حينئذٍ قد يُطلب مني سداد كافة الرسوم الشهرية للإدارة بنفسني.
 - في حال تلقيت مزايا نقدية، فأنتي أساعد في متطلبات برنامج تنفيذ إعالة الطفل وفقاً لتوجيهات القسم. أمتنح القسم وقسم العلاقات المنزلية الحق في متابعة وتلقي الدعم الطبي و/أو النقدي نيابة عنى وعن أي شخص أقدم طلباً من أجله.
 - أفهم أنه في حال إبلاغت عن النفقات الأُسرية أو قَدِّمت إثباتاً عليها، سأحصل على الحد الأقصى من مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام) المسموح بها. عدم الإبلاغ عن نفقات الأسرة المعيشية أو تقديم إثبات عليها يُعدّ إفاداً منى بأننى لا أريد أن ألتقى خصماً على النفقات غير المبلغ عنها أو غير المثبتة (السلطة المُحوّلة: وزارة الزراعة في الولايات المتحدة، دائرة المواد الغذائية والتغذية، منطقة وسط المحيط الأطلسي، مذكرة إدارية رقم 99-6، الصادرة في 4 يناير، 1999).
 - أتفهم أنه يحق لي الحصول على رصيد مقابل النفقات الأُسرية في الوقت الذي أبلغ فيه أو أقدم إثباتاً عليها، في أي وقت أثناء فترة شهادة برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام) الخاصة بي.
 - أتفهم أنه فهمت أنه يحق لي طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) للحصول على إثبات النفقات، وأنّ المكتب يمكنه الاتصال بأشخاص آخرين للتأكيد، وذلك في حال كنتُ أواجه مشاكل في الحصول على إثبات على أي شيء.
 - أتفهم أنه إن كان بعض أو كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونوا مؤهلين للاشتراك في برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP).
 - أفهم أنه إذا كان بعض أو جميع الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونون مؤهلين للحصول على مزايا فيدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال سوق التأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie). وإذا كان هذا هو الحال، فأنا أفوض القسم لإعطاء اسمي ومعلومات عن هذا الطلب إلى Pennie.
 - تجديد التغطية في السنوات المقبلة: لتسهيل تحديد أهليتي للمساعدة على الدفع Pennie مقابل التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح باستخدام بيانات الدخل الخاصة بي، بما في ذلك المعلومات من الإقرارات إشعاراً، وتسمح لي بإجراء أي تغيير، ويمكنني Pennie الضريبية. سترسل لي إلغاء الاشتراك في أي وقت.
- نعم، جدد أهليتي تلقائياً للمدة التالية:**
(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات)
- خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- عام واحد
- لا تستخدم المعلومات الخاصة بي والواردة من الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

- أتفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)، والمؤسسات المالية، وتقارير المستهلك، والوكالات الاتحادية والفدرالية؛ وذلك للتحقق من المعلومات التي أقدمها لها. سوف يُطلب المعلومات المتاحة من خلال (IEVS) والكيانات الأخرى، وتُستخدم، ويمكن التحقق منها عن طريق الاتصال العرضي، عندما تعثر الوكالة الاتحادية على تفاصيل متعارضة، وقد تؤثر مثل هذه المعلومات على أهلية أسرتي ومستوى المزايا.
- أتفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب، فأنا أصرّح لأي مؤسسة مالية بالكشف، إلكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المُعين؛ وذلك لتحديد الأصول (والتي يطلق عليها أيضا "الأصول") والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للحصول على المساعدة الطبية أو إعادة تقريرها. أتفهم أن المعلومات المالية تشمل الودائع، وعمليات السحب، وإغلاق الحسابات، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المتلقاة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. أتفهم أن هذا التصريح سار حتى يتم الحرمان من الأهلية للمساعدة الطبية أو تنتهي مهنتها، أو إذا قررت إلغاءه بموجب إخطار كتابي يُقدّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أفهم أنه في حالة إلغاء هذا التصريح، فهذا قد يجعلني أنا أو أسرتي غير مؤهلاً للمساعدة الطبية.
- أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إيفائها أو حبسها، قد يُطلب منى سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مقاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثل مفوضاً، وذلك بإكمال القسم الخاص بالممثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
- أتفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية تُقدّم في هذا الطلب، حتى وإن كان الطلب مُقدّماً من قبل شخص يتصرف نيابة عنى.
- استلمت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرأها لي شخص، وأنا أتفهمها.
- أتفهم أن المعلومات التي أدرجت في هذا الطلب ستبقى سرّية ولن تُستخدم إلا لإدارة المزايا. أصرّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.
- أعلم أنه يجوز لوزارة الخدمات الإنسانية أو ممثليها التواصل معي عبر وسائل تتضمن الرسائل الإلكترونية والرسائل النصية للمساعدة في معالجة طلبي أو طلب التعليقات والملاحظات على إجراءات معالجة الطلب. وأعلم أن الوزارة ستواصل إجراءات معالجة طلبي حتى ولو كنت غير راغب في تلقي رسائل إلكترونية أو رسائل نصية.
- أتفهم أن أي تغييرات يُطلب منى الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون العشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي الشهر الذي تم خلاله التغيير.
- أتفهم أن أسرتي المعيشية قد تفقد مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية إذا تلقى أحد أفراد الأسرة المعيشية إحدى جوائز البانصيب أو المقامرة والتي تعادل أو تزيد عن قيمة حد موارد برنامج مساعدات التغذية التكميلية المخصصة للأسر المعيشية التي تشمل كبار السن أو المعاقين.
- أتفهم أنني سألتقى إخطاراً كتابياً يوضح المزايا. في حالة الحرمان من المزايا أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سيوضح السبب في الإخطار الكتابي.
- أفهم أنه سيكون أمامي 30 يوماً (90 يوماً لمزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية "قسائم الطعام") من تاريخ الإخطار لطلب جلسة استماع في حال عدم قبولي القرار المُتخذ بشأن هذا الطلب.
- أتفهم أن موقفي يخضع للتحقق من قبل أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
- أتفهم أن مقدم الطلب يجب أن يُقدّم رقم ضمانه الاجتماعي أو يُقدم بطلب للحصول عليه إن لم يكن لديه رقم ضمان اجتماعي. يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أتفهم أن بطاقة "تحويل المزايا إلكترونياً" (EBT)، أو بطاقة ACCESS PA لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. يجب ألا أستخدم تحويل المزايا إلكترونياً أو بطاقة ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا إلا للشخص المؤهل ولا يجوز لي إلا الحصول على المزايا اللازمة والمعقولة.
- أتفهم أنه لا يجوز لي استخدام أموال المساعدة النقدية الصادرة عن طريق بطاقة ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا لإجراء معاملات في محلات بيع الخمور أو الكازينوهات (كازينوهات المقامرة أو مؤسسات الألعاب) أو أماكن لترفيه البالغين.



إشعار ممارسات الخصوصية

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيفية الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعة هذا النموذج بعناية.

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。

如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សភាពសម្ងាត់ព័ត៌មានពេទ្យរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រ ឬសូមពាក់ព័ន្ធកិច្ចាសន្យាសេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសាភ្នំពេញនិងភាសាខ្មែរផ្សេងៗទៀតនឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

تقدم إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وتدفع مقابل أنواع عديدة من المزايا والخدمات الاجتماعية. ونحن أيضاً نبت في شأن أهلية الفرد لتلقي مزايا وخدمات. لفعل ذلك، يجب علينا جمع معلومات شخصية وصحية عنك و/أو عن عائلتك. المعلومات التي نجعلها عنك و/أو عن عائلتك هي معلومات خاصة. نحن نسمي هذه المعلومات "معلومات صحية محمية".

لا تستخدم إدارة الخدمات الإنسانية أو تفصح عن معلومات إدارة الخدمات الإنسانية الصحية ما لم يُسمح لها أو تُطالب بذلك بموجب القانون. إدارة الخدمات الإنسانية مُطالبه بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية المعلومات الصحية المحمية، وتقديم إشعار للأفراد يوضح واجباتها القانونية وممارستها بشأن الخصوصية المتعلقة بحماية المعلومات الصحية المحمية، وإبلاغ الأشخاص المتأثرين في حالة انتهاك معلومات صحية محمية غير مؤمنة. يجب على إدارة الخدمات الإنسانية، "ككيان مشمول"، الالتزام بالقوانين المعمول بها التي تحمي خصوصية معلوماتك الصحية المحمية والتي تتضمن قواعد الخصوصية المنصوص عليها في القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). بموجب القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة، تعد وكالات الدعم الطبي، وبعض الخطط الصحية، وجهات تقديم الرعاية الصحية أمثلة على الكيانات المشمولة التي يجب أن تدعن للقانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة. تتضمن القوانين الأخرى التي يجوز تطبيقها قواعد بشأن المعلومات السرية المتعلقة بالمساعدة الطبية، والمزايا الأخرى، والصحة السلوكية، علاج/تعاطي المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. عندما نستخدم أو نفصح عن معلومات صحية محمية، نبذل كل جهد ممكن لتقييد استخدامها أو الإفصاح عنها للحد الأدنى المطلوب لتحقيق الغرض المرغوب. يوضح هذا الإشعار حقك في خصوصية المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك وكيف يمكننا استخدام تلك المعلومات والإفصاح عنها. لمزيد من المعلومات بشأن ممارسات الخصوصية لإدارة الخدمات الإنسانية، أو لتلقي نسخة أخرى من هذا الإشعار، يرجى الاتصال بنا. للمعلومات عن كيفية الاتصال بنا، أنظر قسم "الأسئلة والشكاوى" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار.

نحن مطالبون بمقتضى القانون بالالتزام بنصوص هذا الإشعار. نحفظ بحق تغيير نصوص هذا الإشعار وعمل بنود إشعار جديد نافذة المفعول لجميع المعلومات الصحية المحمية التي نحافظ عليها. إذا قمنا بعمل تغيير هام في سياستنا أو إجراءاتنا بشأن الخصوصية، فسوف ننشر نسخة منقحة من الإشعار على موقعنا الإلكتروني و/أو نرسل لكم إشعار خصوصية جديد بالبريد أو باليد. يحق لك طلب وتلقي نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت.

ماهي المعلومات الصحية المحمية؟

المعلومات الصحية المحمية هي معلومات عنك تتعلق بحالة صحية بدنية أو نفسية أو علاج، أو دفع أجر علاج هذه الحالة سواء كان ذلك في الماضي أو الحاضر أو المستقبل واستخدام ذلك في التعرف عليك. تتضمن هذه المعلومات أي معلومات، سواء كانت شفوية أو مسجلة في أي صورة، والتي تم إنشائها أو تلقيها بواسطة إدارة الخدمات الإنسانية أو أشخاص أو منظمات متعاقد مع إدارة الخدمات الإنسانية. يتضمن هذا المعلومات الإلكترونية والمعلومات في أي صورة أخرى أو وسط آخر والتي قد تساعد في التعرف عليك، مثل:

اسمك (أو أسماء أطفالك)
العنوان
تاريخ الميلاد
تاريخ الدخول/الخروج
كود التشخيص

رقم الهاتف
رقم الحالة الخاص بإدارة الخدمات الإنسانية
رقم الضمان الاجتماعي
كود الإجراء الطبي



المتخصصين في إدارة الخدمات الإنسانية (مثل مسئول الحوادث والعاملين الآخرين في مكتب وبرنامج مساعدة المقاطعة) والأشخاص خارج إدارة الخدمات الإنسانية (مثل المتعهدين لدينا، والعاملين والمرضى والمعالجين والأخصائيين الاجتماعيين والإداريين في منظمة صون الصحة (HMO) يجوز لهم الاطلاع على واستخدام معلوماتك الصحية لتقرير أحقيتك في الحصول على مزايا، أو علاج، أو دفع أجر أو لأسباب أخرى مطلوبة أو مسموح بها. مشاركة معلوماتك الصحية قد تتعلق بخدمات أو مزايا حصلت عليها من قبل، أو تتلقاها الآن، أو قد تتلقاها لاحقاً. لن تستخدم إدارة الخدمات الإنسانية أو تشارك معلومات جينية تخصك عندما تقرر إذا كنت مستحقاً للمساعدة الطبية.

لماذا يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي ويُفصح عنها من قبل إدارة الخدمات الإنسانية؟

هناك أسباب مختلفة لاحتمال استخدامنا المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها. بنص القانون على أنه يجوز لنا استخدام معلومات أو الإفصاح عنها دون موافقتك أو تفويضك للأسباب الموضحة أدناه.

للعلاج: يجوز لنا استخدام معلومات أو الإفصاح عنها حتى تستطيع تلقي علاج أو خدمات طبية. على سبيل المثال، يجوز لنا الإفصاح عن معلومات يريد طبيبك أو معالجك معرفتها ليقيم لك رعاية جيدة أو لتنسيق علاجك مع آخرين يساعدون في رعايتك.

للمدققات: يجوز لنا استخدام معلومات أو الإفصاح عنها لدفع نفقات علاجك والخدمات الأخرى. على سبيل المثال، يجوز لنا تبادل معلومات عنك مع طبيبك، مستشفى، دار رعاية المسنين، أو أي وكالة حكومية أخرى لسداد فواتير علاجك والخدمات المقدمة لك.

لإدارة برامجنا: يجوز لنا استخدام معلومات أو الإفصاح عنها خلال أعمالنا العادية أثناء إدارتنا لمختلف برامجنا. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية للاتصال بك لتقديم معلومات عن مواعيد، ومعلومات متعلقة بالصحة والمزايا والخدمات. يجوز لنا أيضاً مراجعة المعلومات التي نتلقاها من طبيبك، ومستشفى، ودار رعاية المسنين، ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لاستعراض كيفية عمل برامجنا أو لاستعراض الطلب على خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك و/أو لأسرتك وكذلك جودتها.

لأنشطة الصحة العامة: نحن نبلغ وكالات حكومية أخرى بمعلومات الصحة العامة المتعلقة بأمور مثل الأمراض المعدية، ومعلومات التحصين، ومتابعة بعض الأمراض مثل السرطان.

لأغراض إنفاذ القانون وطبقاً لمقتضيات الإجراءات القانونية: سوف نفصح عن معلومات للشرطة أو سلطات إنفاذ القانون الأخرى طبقاً لمقتضيات أمر المحكمة.

للبرامج الحكومية: يجوز لنا الإفصاح عن معلومات لمقدم خدمات، أو وكالة حكومية، أو منظمة أخرى ترغب في معرفة ما إذا كنت مشتركاً في أحد برامجنا أو تتلقى مزايا بموجب برامج أخرى مثل برنامج تعويضات العاملين.

للأمن القومي: يجوز لنا الإفصاح عن معلومات مطلوبة من قبل الحكومة الفيدرالية عندما تحقق في أمر مهم لحماية وطننا.

للصحة والأمن العام: يجوز لنا الإفصاح عن معلومات للحد من تهديدات خطيرة لصحة أو أمن فرد من الأفراد أو الشعب.

للأبحاث: يجوز لنا الإفصاح عن معلومات لأغراض البحث العلمي المسموح به وإنشاء التقارير. لا تميز هذه التقارير ولا تحدد أشخاصاً بعينهم.

لمحققي الوفيات، مديري الجنائز، والتبرع بالأعضاء: يجوز لنا الإفصاح عن معلومات لمحقق الوفيات، أو الطبيب الشرعي لأغراض التعرف على الشخص، وأسباب الوفاة، والتبرع بالأعضاء والأسباب ذات الصلة. يجوز لنا الإفصاح عن معلومات أيضاً لمديري الجنائز لتنفيذ واجبات الجنائز ذات الصلة.

لأسباب أخرى بمقتضى القانون: يجوز لإدارة الخدمات الإنسانية استخدام معلومات صحية محمية أو الإفصاح عنها ما لم يقتضي القانون خلاف ذلك. يتم الاستخدام أو الإفصاح بموجب القانون ويتقيد بمتطلبات القانون.

هل تحمي القوانين الأخرى أيضاً معلومات صحية معينة تخصني؟

تتقيد إدارة الخدمات الإنسانية أيضاً بالقوانين الأخرى الفيدرالية وقوانين الولاية التي توفر حماية إضافية للخصوصية لاستخدام المعلومات الخاصة بك والإفصاح عنها. على سبيل المثال، إذا كان لدينا معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية أو تعاطي المخدرات، مع استثناءات قليلة، لا يجوز لنا إتاحتها دون تصريح كتابي خاص موقع طبقاً للقانون. في بعض الحالات، يتطلب القانون منا الحصول على تصريح كتابي قبل استخدام أو إتاحة معلومات تتعلق بالصحة النفسية أو الإعاقات الذهنية ومعلومات أخرى معينة.



في بعض الأحيان، ربما تحتاج إلى أو ترغب في إرسال معلومات صحية محمية خاصة بك أو الإفصاح عنها لشخص ما أو مكان ما لأسباب غير العلاج، أو دفع أجر، أو إدارة برامجنا، أو أي غرض آخر مطلوب أو مسموح به لا يتطلب تفويض كتابي منك. في هذه الحالة، ربما يُطلب منك توقيع نموذج تفويض، يسمح لنا بإرسال أو الإفصاح عن معلومات رعاية صحية محمية خاصة بك طبقاً لطلبك.

يخبرنا نموذج التفويض ماذا وأين ولمن سترسل المعلومات أو يُفصح عنها. يجوز لك إبطال التفويض أو تقييد حجم المعلومات الذي سوف يُفصح عنه في أي وقت عن طريق إبلاغنا كتابة، إلا بالقدر الذي تقوم فيه إدارة الخدمات الإنسانية باتخاذ إجراء حياله استناداً إلى التفويض.

إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً وكنتم، بموجب القانون، قادرًا على الموافقة بشأن رعايتك الصحية، فسوف يكون لديك إمكانية التحكم في تلك المعلومات الصحية. يجوز لك طلب إرسال معلوماتك الصحية لأي شخص يساعدك في رعايتك الصحية.

باستثناء ما يرد وصفه في هذا الإشعار، لن نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية دون تفويض كتابي منك. على سبيل المثال، بوجه عام يتطلب القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة تفويضًا كتابيًا قبل قيام أي كيان مشمول باستخدام ملاحظات العلاج النفسي لشخص ما أو الإفصاح عنها. في أغلب الأحوال، أيضاً يتطلب القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة تفويضًا كتابيًا قبل قيام أي كيان مشمول باستخدام معلومات صحية محمية أو الإفصاح عنها لأغراض التسويق قبل بيع هذه المعلومات.

ما هي حقوقي فيما يتعلق بمعلوماتي الصحية؟

كعميل لدى إدارة الخدمات الإنسانية، لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك التي نستخدمها ونفصح عنها:

حق الاطلاع على معلوماتك الصحية ونسخها: لديك الحق في الاطلاع على أغلب المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك وتلقي نسخة منها. إن أردت الحصول على نسخ من المعلومات التي يحق لك الاطلاع عليها، فقد تدفع أجرًا رمزيًا نظير ذلك. بالرغم من ذلك، وبوجه عام لا يجوز لك الاطلاع على أو تلقي نسخة من: (1) ملاحظات العلاج النفسي؛ أو (2) المعلومات التي لا يجوز إتاحتها لك بموجب القانون الفيدرالي.

إذا رفضنا طلبك بشأن الحصول على معلومات صحية محمية، فسوف نقدم لك توضيحًا كتابيًا للرفض وحقوقك حيال هذا الرفض.

لا تتلقى إدارة الخدمات الإنسانية أو تحتفظ بملف لكل المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. يجوز أن يكون الأطباء، المستشفيات، دور رعاية المسنين، ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين (متضمنًا ذلك منظمة رعاية صحية، إن كنت مشتركًا في إحداها) لديهم معلومات صحية محمية خاصة بك. لديك أيضاً حق في معلوماتك الصحية من خلال طبيبك أو أي مقدم خدمات آخر لديه هذه السجلات.

حق تصحيح أو إضافة معلومات: إن اعتقدت أن بعض المعلومات الصحية المحمية لدينا غير صحيحة، يجوز لك مطالبتنا كتابة بتصحيح أو إضافة معلومات جديدة. يجوز لك مطالبتنا بإرسال المعلومات المصححة أو الجديدة للآخرين الذين تلقوا معلوماتك الصحية من إدارتنا. في حالات معينة، يجوز لنا رفض طلبك لتصحيح أو إضافة معلومات. إذا رفضنا طلبك، فسوف نقدم لك توضيح كتابي لسبب رفضنا لطلبك. وسوف نوضح كذلك ماذا يمكنك فعله إن لم نتفق معك في قرارك.

حق تلقي قائمة حالات الإفصاح عن المعلومات: لديك الحق في تلقي قائمة بالجهات التي تم إرسال معلومات صحية محمية خاصة بك إليها، ما لم تكن قد أرسلت لأغراض تتعلق بالعلاج، أو دفع أجر، أو إدارة برامجنا، أو عندما يذكر القانون أننا غير مطالبين بإضافة الإفصاح إلى القائمة. على سبيل المثال، لا يتطلب القانون منا إضافة أي إفصاحات إلى القائمة إن كانت هذه الإفصاحات قُدمت إليك، أو إلى عائلتك أو الأشخاص المشتركين في رعايتك، أو إلى آخرين فوضتنا أنت بالإفصاح هم، أو المعلومات التي تم الإفصاح عنها قبل يوم 14 أبريل 2003.

حق طلب وضع قيود على الاستخدام والإفصاح: لديك الحق في مطالبتنا بتقييد استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها. قد لا نستطيع الموافقة على طلبك. في الواقع، في بعض الأحوال لا يُسمح لنا بتقييد استخدام المعلومات أو الإفصاح عنها. إن لم نستطع الإذعان لطلبك، فسوف نخبرك بالسبب. ما لم يتطلب القانون خلاف ذلك، يجب علينا الموافقة على طلبك بتقييد الإفصاح بشأن خطة صحية إذا كان غرض هذا الإفصاح ليس للعلاج والخدمات الطبية التي ينطبق عليها الطلب والتي قد تم سداد قيمتها بالكامل على نفقتك الخاصة.

حق طلب التواصل السري: يجوز لك مطالبتنا بالتواصل معك بطريقة معينة أو في مكان معين. على سبيل المثال، يجوز لك مطالبتنا بالتواصل معك فقط عبر البريد.

حق تلقي إخطار بحدوث انتهاك: لديك الحق في تلقي إخطار إذا وقع انتهاك معلومات صحية محمية خاصة بك غير مؤمنة.



بمن اتصل بشأن حقوقي ولمن أوجه أسئلتى بشأن هذا الإشعار؟

يمكنك الاتصال بخط المساعدة الهاتفي لإدارة الخدمات الإنسانية بشأن القانون المتعلق بإمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة، الرقم المجاني 800-692-7462 لمناقشة حقوقك أو لتوجيه استفسارات بشأن هذا الإشعار. يمكنك الاتصال بمسئول الحالة الخاصة بك أو مقدم الرعاية الصحية أو الكتابة إلى مكتب الخصوصية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية على عنوان 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

يمكنك تلقي معلومات هامة أو مستجدات بشأن هذا الإشعار من خلال زيارتك موقع إدارة الخدمات الإنسانية الإلكتروني على www.dhs.pa.gov.

كيف أقدم شكوى؟

يجوز لك الاتصال بالمكتب الموضح لاحقاً إذا كنت ترغب في عمل شكوى بشأن استخدام إدارة الخدمات الإنسانية أو إفصاحها عن معلومات عنك. لا توجد عقوبة أو غرامة على تقديم شكوى. لن تتأثر أو تتغير المزايا التي تحصل عليها إذا قدمت شكوى. لا تستطيع إدارة الخدمات الإنسانية و موظفيها ومتعهديها الانتقام منك على تقديمك شكوى ولن يقدموا على ذلك.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372 150
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

نافذ المفعول اعتباراً من: أبريل 2003 – تمت مراجعته في يوم 28 يوليو 2015



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

