احتفظ بهذا الكتيب كمرجع لك

طلب الإعانة

كتيب المعلومات

مرحبا بك في إدارة الخدمات الانسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services - DHS)

نقدم برامج لمساعدتك أنت و/أو عائلتك (وكل شخص يعيش في منزلك) لتوفر لك الغذاء ورعاية الطفل، والنقود، وتقديم المساعدة في حالات الطوارىء . يمكننا أيضا أن نعلمك عن البرامج الأخرى والموارد التي قد تساعدك على تلبية احتياجاتك، ونتطلع لمساعدتك أنت و/أو عائلتك.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في الكتابة ،القراءة، أوللاستماع، إلخ.، اخبرنا بذلك من فضلك. إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري سنوفر لك مترجما أو تقوم بإحضار مترجمك الخاص.

خطوات لتلقي الإعانة

١ - **تقدم بطلب على الإنترنت للاستفادة من برامج الإعانة على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/mibridges***
يمكنك أن تأخذ أو ترسل بريد إلكتروني أو فاكس باستمارة طلب الإعانة إلى مكتب إدارة الخدمات الانسانية في المنطقة تعيش فيها.
يمكنك أن تجد العنوان ورقم الهاتف للمكتب الخاص بمنطقتك في قسم حكومة الولاية في سجل الهاتف الخاص بك، أو على الموقع الإلكتروني على الإنترنت ***www.michigan.gov/dhs-countyoffices***.

٢ - **اقرأ هذا الكتيب واحتفظ به**. يقدم لك الكتيب معلومات عن برامجنا ويحتوي على معلومات هامة.
عندما توقع على استمارة طلب الإعانة فأنت بذلك توافق على القواعد القانونية المنصوصة في الكتيب.

٣ - **قم من فضلك بالإجابة على الأسئلة المذكورة في نموذج استمارة طلب الإعانة**. نحن بحاجة لمعرفة إجاباتك لنقرر ما هي المساعدات التي قد تتلقاها. يمكنك التقديم لكل أو بعض البرامج.

٤ - **بالنسبة لبعض البرامج قد نحتاج أن نطلب منك تقديم مزيد من المعلومات (أدلة).** سوف نعلمك بما نحتاج معرفته.

٥ - **سوف نرسل لك رسالة** بالبريد نعلمك إذا تم قبول أو رفض طلبك. احتفظ بهذه الرسالة، فهي تحتوي على معلومات هامة والتي تشمل الاسم، رقم الهاتف، والبريد الإلكتروني لأخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك.

يحق لك أن تتقدم بطلب للحصول على مساعدة اليوم، و قد يؤثر التاريخ الذي تستلم إدارة الخدمات الانسانية نموذج ملف التقديم الخاص بك على تاريخ بدء حصولك على المخصصات. **استثناء**: إذا كنت تقدمت بطلب للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي والإعانة الغذائية قبل أن يتم إخراجك من مؤسسة داخلية. سوف يكون تاريخ الإيداع لمخصصاتك هو تاريخ خروجك من تلك المنشأة.

إذا لم تتمكن من إكمال استمارة طلب الإعانة بالكامل اليوم، فيمكنك إما أن تستكمل **نموذج الملف** (الموجود في صفحة ٩ و ١٠ أو النموذج الإلكتروني على موقع *www.michigan.gov/dhs-forms* أو يمكنك تسليم نموذج استمارة طلب الإعانة غير الكامل، ويجب أن يحتوي على اسمك، تاريخ ميلادك (غير مطلوب لطلب الإعانة الغذائية)، العنوان (إلا في حالة كونك مشردا)، وتوقيعك أو توقيع من يمثلك (شخص يقدم ملفك نيابة عنك).

قبل أن يتم قبولك كشخص يستحق المساعدة، يجب عليك إكمال استمارة طلب الإعانة.

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو ا ل، أو الوزن، أو الحا ة الزوجية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصور ا الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع، ...إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معر فة لدى مكتب DHS في ا ا التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans With Disabilities Act).

عنوان المكتب المحلي	**اسم أخصائي إدارة الخدمات الانسانية ورقم هاتفه وبريده الإلكتروني**

Read this information booklet before you sign the assistance application.

القرارات في أوانها

يجب علينا أن نتخذ قرارات في أوانها للموافقة على طلبك للحصول على الإعانة أو رفضه. نحن نتبع مدة محددة مذكورة أدناه لتقديم للبرامج التالية:

رموز البرنامج	برامج إدارة الخدمات الانسانية	المدة الزمنية
	برنامج الإعانة الغذائية (FAP)	
	• بصفة مستعجلة (يُنفذ خلال سبعة أيام).....	٧ أيام
	• برنامج الإعانة الغذائية	٣٠ يوما
	رعاية ونمو الطفل (CDC)	٤٥ يوما
	الإعانة النقدية	
	• برنامج استقلال العائلة (FIP).....	٤٥ يوما
	• الإعانة النقدية للاجئين (RCA).....	٣٠ يوما
	• إعانة الإعاقة من الولاية (SDA).....	٦٠ يوما
	الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER).....	١٠ أيام

برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة (يُنفذ خلال سبعة أيام)

يمكن أن تؤهلك عائلتك لأن يُستكمل طلب الإعانة الغذائية الخاص بك في سبعة أيام إذا:

- كان إجمالي دخلك الشهري أقل من ١٥٠ دولار وتمتلك أصول سائلة بقيمة ١٠٠ دولار أو أقل (مبلغ نقدي، حسابات جارية أو توفير، شهادات إدخار)، **أو**
- كان دخلك الإجمالي بالإضافة إلى أصولك السائلة قيمتهما أقل من قيمة إيجارك الشهري و/أو مبلغ المدفوع للرهن العقاري بالإضافة لتكلفة التدفئة و مرافق الخدمة الأخرى، **أو**
- كنت **فقيرا - معدوم*** أو عاملا موسميا تعمل في مزرعة وتمتلك أصول سائلة بقيمة ١٠٠ دولار أو أقل.

إذا كانت حالة عائلتك تؤهلك لأن يُستكمل طلبك في سبعة أيام، فيجب عليك:

- أن تشارك في المقابلة، **و**
- تقديم دليل يثبت هويتك، **و**
- إكمال استمارة الطلب بالكامل

للاستمرار في الاستفادة من مخصصات الإعانة الغذائية ، سوف يطلب منك تقديم دليل إثبات معلومات أخرى (مثل الدخل، الإقامة، إلخ.) إذا قدمت دليل الإثبات عند تقديم طلبك قد تُمنح فترة أطول للاستفادة بمخصصات الإعانة الغذائية .

* **فقيرا - معدوم** الحال يعني أن دخلك توقف قبل تاريخ تقديم الطلب، أو قد بدأ بالفعل ولكنك لا تتوقع أن يتعدى دخلك ٢٥ دولارا خلال ال ١٠ أيام القادمة.

مقابلات برنامج الإعانة الغذائية

تُجرى معظم مقابلات برنامج الإعانة الغذائية بالهاتف ، ولكنك يمكنك أن تطلب إجراء مقابلة شخصية.

إذا كنت تقدمت أيضا لطلب الإعانة المالية فيمكن أن يتم تحديد موعد لإجراء مقابلة شخصية.

قد نحتاج لدليل إثبات

سوف يطلب إدارة الخدمات الانسانية منك لغالبية البرامج التي يقدمها دليل إثبات لقيمة دخل العائلة. إذا كان لديك دليل إثبات قم من فضلك بإرساله أو إحضاره مع طلب الإعانة الخاص بك. هناك بعض الطرق التي يمكن بها أن تثبت قيمة دخلك ومنها :

- ☐ كعب الشيك
- ☐ إيصالات نفقة إعالة الطفل
- ☐ رسالة منح من مصلحة الضمان الاجتماعي
- ☐ سجلات الدخل والمصاريف الخاصة بالأعمال الحرة
- ☐ الإقرار الضريبي

إذا كنا بحاجة إلى دليل سنرسل إليك قائمة بما نحتاجه.

بالنسبة للتقديم لبعض البرامج، قد نحتاج لدليل إثبات خاص بالتالي:

- ☐ السن و/أو الهوية
- ☐ حالة الهجرة
- ☐ الجنسية الأمريكية
- ☐ الحمل
- ☐ الالتحاق بالمدرسة، للأشخاص الذين يتراوح أعمارهم بين ٦ – ٤٩
- ☐ الدخل الذي بدأ أو توقف مؤخرا
- ☐ الأصول (على سبيل المثال الأموال النقدية، الحسابات الجارية / حسابات التوفير ، حسابات الاتحاد الائتماني ، إلخ.)

إذا كنت بحاجة للمساعدة لاستخراج دليل الاثبات توجه باستفساراتك لأخصائي الخاص بك في إدارة الخدمات الانسانية.

جدول المحتويات

البرامج
برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ٤
الاسْتِشْفاء لسكان المقاطعة (RCH) ٤
رعاية ونمو الطفل (CDC) ٤
برنامج استقلال العائلة (FIP)/برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) ٦
إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) ٦
الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) ٧
خدمات إعالة الطفل ٧
Early On® ٧
برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) ٨
- حسم تدفئة المنزل (HHC) ٨
- برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP) ٨
الأشياء التي يجب عليك فعلها
تقديم معلومات صحيحة والتبليغ عن التغييرات (جميع البرامج) ٨
نموذج الملف ٩
الأشياء التي يجب عليك فعلها (استكمال البقية)
رد قيمة المخصصات الزائدة (جميع البرامج) ١١
تقديم المخصصات الزائدة (معظم البرامج) ١١
السعي لتلقي مخصصات أخرى (معظم البرامج) ١١
تطعيم الأطفال دون سن ال ٦ – احصل على جرعات (FIP) ١١
إجراءات إعالة الطفل (معظم البرامج) ١١
اتباع قوانين وعقوبات العمل (برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين وبرنامج الإعانة الغذائية) ١٢
قواعد العمل المؤجلة والأسباب الوجيهة لذلك (برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين وبرنامج الإعانة الغذائية) ١٣
أشياء هامة يجب معرفتها
العقوبات، الخرق والاحتيال في البرامج والخرق المتعمد لقوانينها (برنامج الإعانة الغذائية و برنامج استقلال العائلة ،إعانة الإعاقة من الولاية، رعاية و نمو الطفل) ١٤
الشكاوى العامة ١٥
حقوق المُقاضاة ١٥
إذا كنت تظن أننا نميز ١٥
العرق والأثنية ١٥
المواطنون وغير المواطنون / أرقام الضمان الاجتماعي ١٦
الأشخاص المعاقون ١٦
العنف العائلي ١٦
إذا كنت تتلقى مخصصات عشائرية محددة ١٦
بطاقة بريدج ١٦
تسديد قيمة العقود
المبلغ الإجمالي والمخصصات المتراكمة (إعانة الإعاقة من الولاية وبرنامج استقلال العائلة) ١٧
معلومات عن عائلتك سوف يتم مشاركتها
المعلومات التي سوف تحصل عليها إدارة الخدمات الانسانية من الآخرين ١٧
المعلومات التي سوف تعطيها إدارة الخدمات الانسانية للآخرين ١٧
مراجع الموقع الإلكتروني ١٨
المطبوعات ١٨

البرامج

برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

يمنح برنامج الإعانة الغذائية مخصصات يمكن الاستفادة منها لشراء الغذاء (بما في ذلك الحبوب والنباتات لتزرع غذائك بنفسك) لإطعام عائلتك. **يمكن للأشخاص من جميع الأعمار الحصول والاستفادة من برنامج الإعانة الغذائية.**

يمكن أن تصبح مؤهلا للحصول على مخصصات برنامج الإعانة الغذائية إذا كان لديك:

- دخل منخفض / لا يوجد دخل أساسا
- أصول منخفضة القيمة / ليس لديك أصول أساسا

الدخل

تعتمد استحقاقية برنامج الإعانة الغذائية وحجم المخصصات على دخل عائلتك وعدد الأشخاص الموجودين في مجموعة برنامج الإعانة الغذائية، وعندما نقيم دخلك نقوم بعمل بعض **الخصومات** ونضع في الحسبان **المصاريف المسموح بها** (انظر أدناه).

الخصومات من دخل يمكن حصره:

- ٢٠ ٪ من الدخل المكتسب
- خصم نموذجي اعتمادا على عدد الأشخاص الموجودين في مجموعة برنامج الإعانة الغذائية الخاص بك.

المصاريف المسموح بها:

- المصاريف الطبية التي تتعدى ٣٥ دولارا شهريا لا يدفعها طرف أخر (للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر، محارب قديم يعاني من إعاقة أو أي شخص يعاني من إعاقة أيضا).
- نفقات المنافع والسكن .
- بعض نفقات رعاية الطفل ونفقات رعاية الأشخاص ذوي إعاقة.
- إعالة طفل أمرت المحكمة بدفعها لشخص ليس من أفراد العائلة.

أفهم جيدا أن عجزي عن ذكر أو تأكيد قيمة أي مصاريف مدرجة هنا يعني بأني لا أرغب في الحصول على خصومات لأي المصاريف غير المذكورة وغير المؤكد عليها، ويجب أن يتم تلقي هذه التأكيدات خلال ١٠ أيام. إذا شمل الإيجار تكلفة تدفئة المنزل وتتلقى أو تتوقع تلقي حسم تدفئة المنزل فيجب إخبارنا بذلك في طلب الاعانة الذي قدمته. إذا لم تخبرنا بهذا الحسم فسوف نفترض أنك لا ترغب في الحصول على حسم على مصاريف التدفئة.

شروط البرنامج :

- **اتباع قواعد العمل وشروط تطبيق العقوبات** – انظر الصفحة ١٢
- **خدمات إعالة الطفل** – انظر الصفحة ٧
- **إجراءات إعالة الطفل** – انظر الصفحة ١١ و ١٢

الاسْتِشْفاء لسكان المقاطعة (RCH)

يساعد برنامج الاسْتِشْفاء لسكان المقاطعة الأفراد من ذوي الدخل المنخفض الذين لا يستطيعون دفع نفقات الرعاية الصحية عندما يدخلون ويبيتون ليلة في المستشفى.

يمكن أن تكون مؤهلا للحصول على برنامج الاسْتِشْفاء لسكان المقاطعة إذا:

- كنت من ذوي الدخل المنخفض و
- غير مستحق لخدمات التأمين الصحي - المديكيد
- ليس لديك تأمين آخر يتحمل مصاريف دخولك مستشفى لتلقي الرعاية الصحية.

تضع كل مقاطعة القواعد الاستحقاقية المالية الخاصة بها.

لمزيد من المعلومات، اتصل بمكتب إدارة الخدمات الانسانية الكائن في منطقتك.

برنامج رعاية ونموالطفل (CDC)

يساعد برنامج رعاية ونمو الطفل على دفع تكاليف الرعاية بالطفل. يمكن أن تصبح مؤهلا ومستحقا لهذا البرنامج إذا:

- كنت من عائلة ذات دخل منخفض
- آباء مرخص لهم تبني طفل ويطلبون رعاية الطفل المُتبنى.
- عضو من أعضاء إدارة الخدمات الانسانية يعمل في قطاع خدمات الحماية ويشارك في برنامج العلاج
- تتلقى خدمات برنامج استقلال العائلة / برنامج استقلال العائلة المتوسع أو تحصل على دخل الضمان الإجتماعي التكميلي.
- شخص تقدم للحصول على خدمات برنامج استقلال العائلة ويقوم بالعمل المطلوب في أنشطة برنامج المشاركة.

يجب أن تكون بحاجة لرعاية الطفل بسبب:

- ظروف العمل.
- التحاقك بفصول التعليم العالي لاستكمال تعليمك (بما في ذلك تطوير التعليم العام، والتعليم الأساسي للكبار، و اللغة الإنجليزية كلغة ثانية).
- التحاقك بتعليم أو تدريب معتمد.
- قيامك بأنشطة علاجية معتمدة لحالة صحية أو اجتماعية.

يجب أن توفر الرعاية الصحية في ولاية ميشيغان بواسطة:

- مركز رعاية طفل مرخص.
- منزل خاص بمجموعة أفراد مرخص لرعاية الأطفال.
- منزل عائلة مسجل لرعاية الأطفال.
- مقدم الرعاية ملتحق بإدارة ميشيغان التعليمية وغير مسجل كقائم على رعاية طفل وقد أكمل الدورة التوجيهية للجودة التابع للبداية العظيمة و:
  - يقوم برعاية الطفل في منزل الطفل
  - يمتّ بقرابة الدم أو الزواج أو التبني إلى الطفل الذي يحتاج خدمة الرعاية، مثل الجد أو الجدة أو أبو الجد أو أم الجدة، أو العمة أو الخالة / أبو العمة أو الخالة، أو العم أو الخال / أبو العم أو الخال، أو أحد الأخوة والأخوات ويقدم الرعاية في منزله أو منزلها.

للتقديم كمقدم رعاية غير مرخص قم من فضلك بإكمال الطلب على الموقع الإلكتروني

www.michigan.gov/childcare واتبع التعليمات المدرجة في الطلب.

لا يجوز الاشتراك في البرنامج إذا كان مقدم الرعاية أو عضو بالغ من أفراد العائلة ممن يتعدى عمره ١٨ عاما أو أكثر يعيش مع مقدم الرعاية سبق اتهامه بجرائم محددة أو تم إدراج اسمه بالسجل المركزي الخاص بإهمال أو استغلال الأطفال.

ما هو المبلغ المالي الذي يمكن أن تكسبه وتظل مؤهلا ومستحقا للبرنامج؟

العائلات المستفيدة من برنامج استقلال العائلة / برنامج استقلال العائلة المتوسع ودخل الضمان التكميلي وآباء وأمهات الرعاية البديلة "فوستر كير" المرخص لهم، والعائلات التي تتلقى خدمات الوقاية وحماية الأطفال هي مؤهلة ومستحقة لهذا البرنامج دون الحاجة لتحديد الدخل. تعتمد استحقاقية هذا البرنامج لجميع العائلات الأخرى على قيمة دخلها الشهري. انظر الجدول أدناه لتأخذ فكرة عن ما إذا كنت مستحقا للبرنامج أم لا.

عدد أفراد العائلة	إجمالي الدخل الشهري
١ و ٢	٠ - ١٦٠٧ دولار
٣	٠ - ١٩٩٠ دولار
٤	٠ - ٢٣٦٧ دولار
٥	٠ - ٢٧٤٦ دولار
٦	٠ - ٣١٢٣ دولار
٧	٠ - ٣٥٠٠ دولار
٨	٠ - ٣٨٧٧ دولار
٩	٠ - ٤٢٥٤ دولار
١٠+	٠ - ٤٦٣٤ دولار

ما الذي تتحمل إدارة الخدمات الإنسانية دفعه؟

مدفوعات برنامج رعاية ونمو الطفل

قد لا تغطي مدفوعات برنامج رعاية ونمو الطفل كل مصروفات رعاية الطفل. تتحمل إدارة الخدمات الانسانية جزءً من نفقات رعاية الطفل للعائلات التي تم قبولها والموافقة عليها. يعد هذا الجزء هو النسبة التي تتحملها إدارة الخدمات الانسانية والتي قد تشكل نسبة تتراوح من ٧٠٪ إلى ١٠٠٪ من نسبة رد المصروفات التي يتحملها برنامج رعاية ونمو الطفل. توجد نسب رد المصروفات على الموقع الإلكتروني على الإنترنت *www.michigan.gov/childcare.*

تتحمل أي نفقات لرعاية الطفل لا يغطيها برنامج رعاية ونمو الطفل.

شروط البرنامج:

- **خدمات إعالة الطفل –** انظر الصفحة ٧.
- **إجراءات إعالة الطفل –** انظر الصفحة ١١ و ١٢.

المصادر:

- يمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن برنامج رعاية ونمو الطفل على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/childcare.*
- إذا احتجت للمساعدة للعثور على مقدم رعاية مؤهل، قم بالاتصال بمركز مصدر الجودة للبداية االعظيمة على الرقم 877 - 614 – 7328 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني *www.greatstartconnect.org.*

برنامج استقلال العائلة (FIP)
والإعانة النقدية للاجئين (RCA)

الهدف الأساسي لبرامج الإعانة النقدية هو مساعدة العائلات لكي تصبح مستقلة ومعتمدة على نفسها.

- **برنامج استقلال العائلة هو** برنامج يقدم مساعدة مالية مؤقتة للعائلات ذات الدخل المنخفض والتي لديها أطفال قصر أو أم حامل.
- **برنامج الإعانة النقدية للاجئين هو** برنامج يقدم مساعدة مالية مؤقتة للأشخاص الذين دخلوا مؤخرا الولايات المتحدة كلاجئين.

لكي تصبح مؤهلا ومستحقا لبرنامج استقلال العائلة وبرنامج الإعانة النقدية للاجئين يجب أن تكون:

- من ذوي الدخل المنخفض، **و**
- ممن يمتلكون أصول سائلة قيمتها أقل من ٣٠٠٠ دولارا والأصول العقارية قيمتها أقل من ٢٥٠٠٠٠ دولارا.

يمكن أن تصبح مؤهلا ومستحقا لبرنامج استقلال العائلة إذا كنت لا تتلقى اعانة نقدية من ولاية أخرى وأنك إمّا:

- حامل.
- أحد الأبوين، الوصي القانوني، أو أحد الأقرباء الذي يعد ويقوم بوظيفة أحد الأبوين لطفل دون سن ال١٨ (أو طالب في المدرسة الثانوية عمره ١٨ عاما). يجب على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ -١٨ أن يكونوا منتظمين ومواظبين على حضور فصولهم الدراسية كلها بالمدرسة.

الإطار الزمني لبرنامج استقلال العائلة:

لا يمكن الاستفادة ببرنامج استقلال العائلة لإطار زمني يتعدى ٦٠ شهرا فيدراليا أو ٤٨ شهرا حكوميا مدى الحياة إلا إذا كنت مستحقا لاستثناء أو مؤهلاً لشهر استثنائي. هذا يشمل أي إعانة نقدية حصلت عليها من ولاية أخرى وتحتسب الأشهر التي استفدت خلالها ببرنامج استقلال العائلة المتوسع من مدة الإطار الزمني المحدد.

يحظر استخدام مساعدات برنامجي استقلال العائلة و الإعانة النقدية للاجئين لشراء أوراق يانصيب ، مشروبات كحولية، التبغ والتنباك، أو استخدامها للمقامرة، أو لأنشطة غير قانونية، أو جلسات تدليك الجسم في صالونات المساج، أو في المنتجعات الصحية، أو عمل الأوشام، أو في الأنشطة الخاصة بسندات الكفالة المالية، أنشطة ترفيهية للكبار، للتنزه بالبواخر السياحية، أو أي أشياء غير ضرورية.

يمكن أن تكون مستحقا لبرنامج الإعانة النقدية للاجئين إذا كنت:

- لاجيء (أو شخص تلقى معاملة لاجيء) كما أقرت إدارة خدمات الجنسية الأمريكية وشؤون الهجرة .
- في غضون ثمانية أشهر من تاريخ دخولك الولايات المتحدة الأمريكية
- غير مؤهل لبرنامج استقلال العائلة.

تعتمد قيمة منحة مساعدات برنامج استقلال العائلة وبرنامج الإعانة النقدية للاجئين على:

- عدد أفراد عائلتك
- نفقات إعالة الطفل التي أمرت المحكمة بدفعها وتتحملها عائلتك.
- قيمة إجمالي الدخل.

قيمة مدفوعات الطفل. ستحتفظ الولاية بدفعة الإعالة الجارية التي نقوم بتحصيلها عنك، بموجب أمر الإعالة الصادر لك، في كل شهر تكون فيه مشتركا ببرنامج استقلال العائلة ، إذا كنت تتلقى دعم في شهر تستفيد فيه من مخصصات برنامج استقلال العائلة فيجب أن تقوم بالإبلاغ بذلك في مكتب إدارة الخدمات الانسانية المحلي الكائن في منطقتك وقد يتوجب عليك رد الأموال مرة أخرى. إذا كانت قيمة الإعانة التي نجمعها أكبر من منحة برنامج استقلال العائلة لمدة لا تقل عن شهرين فقد نغلق حالتك المدرجة في برنامج استقلال العائلة حتى يمكنك أن تتلقى المبالغ المدفوعة لدعم الطفل مباشرة.

شروط البرنامج:

- **اتباع إجراءات العمل والعقوبات المطبقة –** انظر الصفحة **١٢ و ١٣ و١٤**
- **خدمات إعالة الطفل –** انظر الصفحة ٧
- **إجراءات إعالة الطفل –** انظر الصفحة **١١ و ١٢**
- **تطعيم الأطفال دون سن السادسة – احصل على جرعات** انظر الصفحة ١١

إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)

تقدم إعانة الإعاقة من الولاية إعانة نقدية لتلبية احتياجات الشخص الذي يعاني من إعاقة ، أو شخص يتولى رعاية شخص آخر يعاني من إعاقة، أو أشخاص يعيشون في أوضاع معيشية معينة.

يحظر استخدام إعالة الإعاقة من الولاية لشراء أوراق يانصيب ، مشروبات كحولية، التبغ والتنباك، أو استخدامها للمقامرة، أو لأنشطة غير قانونية، أو جلسات تدليك الجسم في صالونات المساج، أو في المنتجعات الصحية، أو عمل الأوشام، أو في الأنشطة الخاصة بسندات الكفالة المالية، أنشطة ترفيهية للكبار، للتنزه بالبواخر السياحية، أو أي أشياء غير ضروري.

يعد الشخص معاقا وعاجزا للأسباب التالية (قد تتغير الأسباب المسببة للإعاقة):

- إذا كان عمره ٦٥ عاما أو أكثر.
- لا يستطيع العمل لمدة ٩٠ يوما أو أكثر بسبب حالته الصحية.
- يتلقى حالياً مخصصات دخل الضمان التكميلي أو الإعاقة من الضمان الاجتماعي .
- يتلقى إعانة طبية للإعاقة أو العمى وفقدان البصر.
- يتلقى خدمات تعليمية خاصة.
- يتلقى خدمات ولاية ميشيغان لإعادة التأهيل.
- تم تشخيصة كمصاب بمرض الإيدز (فيروس نقص المناعة المكتسب)
- يعيش حالياً في دار الرعاية البديلة "فوستر كير" للبالغين، أو دار للمسنين، أو مستوصف المقاطعة، أومركز لعلاج إدمان الكحوليات والمخدرات.

يمكن أن تكون مؤهلا ومستحقا لبرنامج إعانة الإعاقة من الولاية إذا لم تكن مستحقا لمخصصات برنامج استقلال العائلة وتكون واحدا من بين الآتي(قد تتغير الأسباب المسببة للإعاقة):

- عمرك ٦٥ عاما أو أكثر.
- تعاني من **إعاقة** مؤقتة أو مستديمة.
- تقوم برعاية شخص يعيش معك و يعاني من إعاقة.

وتمتلك:

- أملاك نقدية قيمتها أقل من ٣٠٠٠ دولار وأصول عقارية قيمتها أقل من ٢٥٠٠٠٠ دولار. **و**
- دخل منخفض (بحدود مختلفة للشخص العازب والشخص المتزوج).

الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

يقدم برنامج الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية مساعدات محدودة للعائلات ذات الدخل المنخفض الذين يمرون بظروف طارئة ، كما يساعد البرنامج على حماية الأفراد والعائلات من الأضرار البالغة التي قد تحدث لهم في مثل هذه الظروف الطارئة وتهدد صحتهم وسلامتهم.

يمكن أن تصبح مؤهلا ومستحقا لبرنامج الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية إذا:

- كان لديك دخل منخفض وأصول محدودة.
- كانت احتمالية تكرر هذا الظرف الطارئ مرة أخرى ضعيفة (على سبيل المثال: المساعدة في دفع إيجار أو نفقات المنزل، و يجب أن تثبت أن دخلك كافي لدفع نفقات منزلك في المستقبل).
- قمت بسداد نفقات محددة مطلوبة منك خاصة بسكنك، تكلفة التدفئة، فاتورة الكهرباء و/أو فواتير المنافع الأخرى.
- كان المبلغ الذي تطلبه في حدود إمكانياتنا.

تشمل الخدمات التي يقدمها البرنامج:

- نفقات الانتقالات لتجنب التشرد* أو التخلص منه.
- قيمة الرهن العقاري، التأمين، و/أو قيمة الضريبة المفروضة على الملك لمنع المصادرة، حبس الرهن العقاري أو بيع الممتلك العقاري لعدم دفع الضريبة*.
- إصلاحات محدودة بالمنزل.
- دفع فواتير تدفئة المنزل، الكهرباء، واستخدام المنافع
- تكاليف الدفن.

* تعمل إدارة الخدمات الانسانية بالتعاون مع جيش الخلاص لتوفير مأوى في الحالات الطارئة في جميع أنحاء الولاية.

يعتمد حجم المساعدة التي تحصل عليها على عدد أفراد عائلتك، دخلك، الأصول المملوكة، أنواع الخدمات المطلوبة وعوامل أخرى.

خدمات إعالة الطفل

يعد مكتب إعالة الطفل جزءً من إدارة الخدمات الانسانية وهو مسؤول عن برنامج إعالة الطفل في ولاية ميشيغان، ويعمل هذا المكتب مع النائِبُ العامّ، صديق المحكمة، والوكالات في الولايات الأخرى.

هدف مكتب إعالة الطفل هو التأكد من أن الأطفال يتلقون الدعم والرعاية من أبويهما، وقد تشمل إعالة الطفل:

- مبلغ نقدي لتكلفة مصاريف المعيشة اليومية.
- مخصصات المساعدات الصحية و/أو التعليمية
- دفع مصاريف رعاية الطفل.

يمكن أن تساعدك خدمات إعالة الطفل في:

- إيجاد أحد أبوي الطفل (أو كليهما).
- السعي لإثبات هوية الأب الشرعي للطفل وذلك عن طريق:
  - أوراق أبوية تطوعية.
  - دعوى قضائية لإثبات الأبوة.
- الحصول على حكم محكمة لإعالة الطفل وتلبية احتياجاته المالية والطبية.

يجب أن تتعاون مع مكتب خدمات إعالة الطفل إذا:

- كان أحد أبوي الطفل أو كليهما لا يعيش في نفس منزل الطفل، و
- كنت تتلقى خدمات رعاية الطفل، الإعانة الغذائية أو النقدية من إدارة الخدمات الانسانية.

لا يلزم أن تكون متلقيا لمساعدة من إدارة الخدمات الانسانية للتقديم للحصول على خدمات إعالة الطفل.

للتقديم للحصول على الخدمات يرجى إكمال طلب خدمات إعالة الطفل IV-D / رقم الإحالة (إدارة الخدمات الانسانية –١٢٠١):

- يرجى طباعة نموذج إدارة الخدمات الانسانية – ١٢٠١ من موقع إدارة الخدمات الانسانية الإلكتروني

www.michigan.gov/dhs-forms.

- اتصل بمكتب إعالة الطفل على الرقم **1-866-540-0008.**
- إرسال طلب خطي إلى:

Office of Child Support
Case Management Unit
P.O. Box 30750
Lansing, MI 48909-8250

يرجى إعادة نموذج إدارة الخدمات الانسانية – ١٢٠١ إلى مكتب إدارة الخدمات الانسانية الكائن في منطقتك، النائِبُ العامّ المحلي ، أو لصديق المحكمة أو إلى العنوان المذكور أعلاه.

Early On®

ينسق برنامج *Early On* خدماته للعائلات التي لديها أطفال من عمر يوم (طفل مولود) إلى سن ٣ سنوات يعانون من إعاقة ، تأخر في النمو، أو حالة طبية حرجة متعلقة بذلك.

لمعرفة ما إذا كان طفلك مستحقا لهذا البرنامج، اتصل بمكتب Early On على رقم **(800-EarlyOn (327-5966** أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني *www.1800earlyon.org*. سوف يقوم منسق *Early On* في المقاطعة التي تعيش فيها بعمل لآتي:

- إعلامك ما إذا كان طفلك مؤهلا لهذا البرنامج.
- مساعدتك على أن تقرر ما إذا كنت تريد خدمات برنامج *Early On* لطفلك.

لا توجد مصاريف لتقييم استحقاقية برنامج *Early On*.

تشمل مصاريف برنامج *Early On* : خدمات التقييم، اختبار حاسة السمع، الخدمات الطبية التشخيصية، التشخيص المبكر، تدريب وصقل المهارات العائلية، الخدمات الصحية، الزيارات المنزلية، خدمات التمريض، استشارات التغذية، العلاج المهني، علاج الأمراض، خدمات العلاج النفسي، الكشف والفحص، تنسيق الخدمات، خدمات الأعمال الاجتماعية، المعدات الخاصة، التعليمات الخاصة، التخاطب، الانتقالات، الاستشارة (الخاصة بالعائلة، المجموعة، الفرد) وخدمات بصرية.

برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP)

يشمل برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض على أموال فيدرالية تمنح لكل ولاية لمساعدة الأفراد والعائلات ذات الدخل المنخفض في تحمل تكلفة التدفئة. في ولاية ميشيغان، تستخدم هذه الأموال الفيدرالية للبرامج التالية:

- حسم تدفئة المنزل (HHC).
- الاغاثة في الحالات الطارئة من الولاية – انظر الصفحة ٧.
- برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP).

لا يوجد نموذج طلب منفصل لبرنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض.

حسم تدفئة المنزل (HHC)

يتاح برنامج حسم تدفئة المنزل لجميع العائلات ذات الدخل المنخفض بما فيهم العائلات التي تدفع إيجارا يشمل تكلفة التدفئة . تحدد وزارة المالية لولاية ميشيغان معايير استحقاقية هذا الحسم وتقوم بدفعه.

نماذج طلبات حسم تدفئة المنزل متاحة في وزارة المالية وأينما وجدت نماذج الإقرارات الضريبية (قم بزيارة الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/treasury*. واختر نماذج الإقرارات الضريبية على الدخل من قائمة المالية السريعة الموجودة في الصفحة الرئيسية). ليس هناك حاجة لتقديم ملف يحتوي على إقرار ضريبة الدخل بالولاية للحصول على حسم تدفئة المنزل. تعتمد استحقاقية الاعتماد على قيمة الدخل، عدد مرات الحسم الضريبي وتكاليف تدفئة المنزل.

برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP)

يمول برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية من قبل الحكومة الفيدرالية وهو برنامج للمحافظة على الطاقة السكنية لذوي الدخل المنخفض وهو متاح لمالكي ومستأجري المنازل من ذوى الدخل المنخفض في ولاية ميشيغان. تقلل هذه الخدمات من استخدام الطاقة وتخفض فواتير استخدام المنافع.

قد تشمل هذه الخدمات الآتي:

- عزل وتهوية عُلّيّة المنزل.
- عزل الحائط.
- عزل الأساسات.
- جهاز كشف الدخان.
- تهوية المجفف.
- تقليل تسريب الهواء.

طلبات التقديم على مخصصات برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية متوفر في مكتب حماية المنازل من الأحوال الجوِيَة المحلي بمنطقتك.

المصادر:

- **برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض –** اتصل بالخط الساخن على الرقم المجاني لمكتب الدعم والإعانة لإدارة الخدمات الانسانية 855-275-6424 (855-ASK-MICH).اعتماد تدفئة المنزل – يرجى زيارة الموقع الإلكتروني
- *www.michigan.gov/heatingassistance* أو اتصل بوزارة المالية لولاية ميشيغان على رقم 517-636-4486.
- **برنامج الاغاثة لحماية المنازل من العوامل الجوية -** *www.michigan.gov/heatingassistance*.

أشياء يجب عليك عملها

بالتوقيع على استمارة طلب الإعانة فأنت توافق على الآتي:

تقديم معلومات صحيحة والإبلاغ عن أي تغيرات (لجميع البرامج)

معلومات صحيحة. يجب أن تقدم معلومات صحيحة وكاملة عن نفسك وعن كل شخص من أفراد عائلتك لإدارة الخدمات الانسانية.

إذا قدمت معلومات غير صحيحة أو غير كاملة عن عمد أو لو تقوم بالإبلاغ عن أي تغيرات طرأت فيمكن أن تحاكم بتهمة التزوير أو النصب والاحتيال، أو تحرم من مزايا المخصصات (انظر صفحة ١٤ " العقوبات المفروضة انتهاك شروط البرامج المتعمد أو النصب والاحتيال" لمعرفة المزيد من المعلومات.)

الإبلاغ عن التغيرات . أخبر أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك بالتغيرات التي حدثت أو قم بالإبلاغ عن ذلك على الإنترنت خلال ١٠ أيام من حدوث التغيير.* إذا كانت تساورك شكوك حول الإبلاغ عن تغيير اتصل بأخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك وسيخبرك ما إذا كان هناك قواعد مختلفة للإبلاغ عن التغيرات تطبق عليك مثل االتبليغ المبسط.

أنواع التغيرات التي يجب أن تبلغ عنها هي:

- تاريخ بداية التوظيف ، انتهاؤه (خلال ١٠ أيام من استلامك لأول / آخر مرتب) والتغيرات التي طرأت على عملية التوظيف.
- التغير في قيمة المرتب (خلال ١٠ أيام من استلام أول مرتب يثبت هذا التغيير)
- الحسابات البنكية (فتح حسابات جديدة/ تغيرات في قيمة الحسابات / إغلاق حسابات بنكية)، بيع / شراء ممتلكات ، إلخ.
- تغير في عدد ساعات العمل لأكثر من ٥ ساعات أسبوعيا إذا استمر ذلك لأكثر من شهر.
- تاريخ ابتداء تلقّي الدخل غير المكتسب أو التوقف عن تلقيه كمخصصات الضمان الاجتماعي أو البطالة أو التقاعد، ...إلخ.
- تغيرات في قيمة دخل غير المكتسب لأكثر من:
  - **٥٠ دولارا** أمريكيا لمعظم البرامج.
- التغيرات في حجم وقيمة الأصول
- تغير العنوان
- بدء تحمل أو توقف تحمل تكلفة مصاريف الإسكان واستخدام المنافع أو أي تغيرات طرأت على حجم هذه التكلفة
- مغادرة أي شخص من أسرتك للمنزل أو تواجد شخص جديد به.
- التغيرات في الاحتياجات الخاصة برعاية الطفل، أو تكلفتها أو الشخص المسؤول عن تقديمها.
- تغير أقساط الضمان الصحي والطبي أو تغير حجم تغطية هذا التأمين.
- التغير في مواظبة الطفل على حضور الفصل بالمدرسة.

إذا قمت بتقديم طلب لإشهار الإفلاس يجب عليك إرسال نسخة رسمية منه لإدارة الخدمات الانسانية، قسم الخدمات القانونية، صندوق بريد ٣٠٠٣٧، جناح ٧١٥ ، لانسينج، ميشيغان ٤٨٩٠٩ .

*استثناء: بالنسبة لبرنامج الاستقلال العائلة فقط، يجب عليك الإبلاغ بمغادرة طفل /طفلة لمنزلك خلال خمسة أيام من التاريخ الذي تعرف أنه سوف يغادر/تغادر فيه المنزل لمدة ٣٠ يوما أو أكثر.

نموذج ملف تقديم الطلب

إدارة الخدمات الانسانية لولاية ميشيغان (DHS)

يحق لك التقديم للحصول على مساعدة اليوم وإذا لم تتمكن من إكمال استمارة طلب الإعانة الكاملة اليوم فيمكنك إكمال نموذج الملف وإعادته لمكتب إدارة الخدمات الانسانية في منطقتك للالتزام بالتاريخ المحدد لتقديم الطلب*. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج الإعانة الغذائية فقط فيجب أن تقوم بكتابة اسمك، عنوانك (إلا إذا كنت مشردا) وتوقع أو يوقع من يمثلك على هذا الطلب . يمكن أن يؤثر التاريخ الذي استلمت فيه إدارة الخدمات الانسانية نموذج الملف الخاص بك على تاريخ بدء حصولك على مخصصات البرنامج، ويجب أن تستلم إدارة الخدمات الانسانية استمارة طلب الإعانة الكاملة الخاص بك قبل الموافقة على منحك أية مخصصات.

*استثناء: إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج الإعانة الغذائية ودجل الضمان التكميلي قبل أن تخرج من مؤسسة فسيكون تاريخ تقديم ملفك للحصول على المخصصات هو تاريخ خروجك من هذه المؤسسة.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لملأ استمارة الطلب، فيجب أن تقوم إدارة الخدمات الانسانية بمساعدتك في ذلك. إذا رفض طلبك للحصول على المساعدة فيمكنك الاتصال برقم 855 -275 -6424.

إذا كنت لا تستطيع التحدث بالإنجليزية أو تعاني من إعاقة،كيف يمكننا مساعدتك؟

☐مترجم فوري ☐لغة الإشارة ☐أدوات معينة للسمع ☐أشياء أخرى _____

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية ، ما هي اللغة التي تتحدث بها؟ _____

١. حصلت على مساعدة من ولاية ميشيغان في الماضي؟ . ☐ نعم ☐لا رقم الحالة / رقم الشخص المستفيد _____

٢. أنا أتقدم بطلب للحصول على:

☐**برنامج الإعانة الغذائية** (يمكن أن يجرى تنفيذه في غضون سبعة أيام تبدأ من اليوم إذا أكملت ظهر هذا النموذج وأهلتك ظروف أسرتك لاستحقاقه).

☐**برنامج رعاية ونمو الطفل (يساعد في نفقات ومصاريف رعاية الطفل).**

☐**الإعانات المالية (برنامج الاستقلال العائلة – الإعانة النقدية للاجئين – إعانة الإعاقة من الولاية)**

(يقدم للمرأة الحامل مساعدات مالية ،عائلات مع اطفال، اللاجئين، البالغين الذين يعانون من إعاقات، مقدمي الرعاية الذين يعيشون مع أشخاص بالغين يعانون من إعاقات، أو الأشخاص الذين يعيشون في أوضاع معيشية معينة)

٣. الاسم القانوني (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا)

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى

٥. تاريخ الميلاد**

___ / ___ / ___

**ليس مطلوبا لبرنامج الإعانة الغذائية.

٦. رقم الضمان الاجتماعي***

___ - ___ - ___

٧. رقم الهاتف

___ - ___ - ___

٨. رقم الرسالة

___ - ___ - ___

***اختياري إذا تقدمت للحصول على برنامج رعاية الطفل أو الخدمات الطبية الطارئة.

٩. العنوان الذي تعيش فيه (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض) ☐ مشردا

المدينة | المقاطعة | الولاية | الرمز البريدي

١٠. عنوان المراسلة (إذا كان مختلفا عن عنوان صندوق البريد المذكور أعلاه)

المدينة | المقاطعة | الولاية | الرمز البريدي

التوقيع

تحت طائلة قانون عقوبات التزوير أقسم أو أؤكد بأني راجعت أو قرأ علي نموذج هذا الملف وفي حدود علمي فإن الحقائق الواردة به حقيقية وكاملة. إذا كنت طرف آخر أقوم بتقديم الطلب نيابة عن شخص آخر فأنا أقسم أن نموذج هذا الملف قد قرأ على الشخص المتقدم به أو قام هو بمراجعته بنفسه، وفي حدود علمي فإن الحقائق الواردة به حقيقية وكاملة.

توقيع المتقدم أو الممثل | **تاريخ**

Read this information booklet before you sign the assistance application.

DHS-1171-AR (Rev. 1-14) Previous edition obsolete.

برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة المعالجة في سبعة أيام

١. هل يقوم كل شخص من أفراد الأسرة بشراء وإعداد الطعام مع الآخرين؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بلا، اذكر الشخص الذي لا يقوم بذلك _____

٢. كم قيمة إجمالي الأصول النقدية التي تمتلكها أسرتك؟
(والتي تشمل النقود، المدخرات، الحسابات الجارية، سندات التوفير ،إلخ) _____دولار أمريكي

٣. كم يبلغ إجمال الدخل الشهري الكلي (قبل الخصومات ومنها على سبيل المثال الضرائب) لأسرتك؟
(والتي تشمل الإيرادات، مخصصات البطالة، اعالة الطفل، مخصصات الضمان الإجتماعي إلخ) _____ دولار أمريكي

٤. هل يحصل أي شخص من أفراد أسرتك على مخصصات قبيلة لتوزيع الغذاء ؟ ☐ نعم ☐ **لا**
إذا كانت الإجابة هي نعم ، اذكر من هو _____

٥. ما هو إجمالي المبلغ الذي تدفعه شهريا للإيجار و/أو قسط الرهن، ضرائب الممتلكات، أقساط تأمين ملاك المنازل،إلخ ؟ _____دولار أمريكي

٦. هل تدفع تكاليف تدفئة المنزل؟ ☐ نعم ☐ **لا**

٧. هل تدفع تكاليف تبريد المنزل (بما في ذلك أجهزة تكييف الهواء بالغرف)؟ ☐ نعم ☐ **لا**

٨. إذا كنت لا تدفع تكاليف تدفئة أو تبريد المنزل، قم بعمل علامة على المنافع التي تدفع تكاليف استخدامها: ☐ التدفئة بدون كهرباء ☐ المياه / الصرف الصحي
☐ الهاتف ☐ وقود الطبخ ☐ إزالة المخلفات / القمامة

٩. هل يوجد شخص في أفراد أسرتك ☐ **مهاجر** **أو** ☐ **عامل زراعي موسمي**
☐ **نعم** ◀ أكمل الجدول أدناه. ☐ **لا**

		تاريخ	إجمالي المبلغ المدفوع
هل تلقى أحد أي دخل من نفس المزارع خلال ٣٠ يوما قبل تاريخ تقديم الطلب؟	☐ نعم ☐ لا اسم الشخص (الأشخاص):		
هل يتوقع أحدا أن يتلقى دخل أكبر هذا الشهر؟	☐ نعم ☐ لا اسم الشخص (الأشخاص):		
هل تلقى أحدكم بدل سفر؟	☐ نعم ☐ لا اسم الشخص (الأشخاص):		
هل فقد أحد مؤخراً مصدر دخله الوحيد؟	☐ نعم ☐ لا اسم الشخص (الأشخاص):	تاريخ أخر مبلغ مستلم	إجمالي الملغ المدفوع

١٠. أسماء جميع أفراد الأسرة

	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
	☐☐☐☐\☐☐\☐☐	☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐
	☐☐☐☐\☐☐\☐☐	☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐
	☐☐☐☐\☐☐\☐☐	☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐
	☐☐☐☐\☐☐\☐☐	☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐
	☐☐☐☐\☐☐\☐☐	☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐

١١. هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

لاستخدام موظفي المكتب فقط	تاريخ استلام المكتب المحلي للطلب		
		رقم الحالة	
		رقم الطلب	رقم الحالة
		اسم الأخصائي	
		رقم هاتف الأخصائي	رقم الفاكس
		البريد الإلكتروني للأخصائي	

Read this information booklet before you sign the assistance application.

DHS-1171-AR (Rev. 1-14) Previous edition obsolete.

استمارة طلب الإعانة

إدارة الخدمات الانسانية لولاية ميشيغان (DHS)

التعليمات

- **إذا قمت بالإجابة عن كل الأسئلة في استمارة طلب الإعانة فيمكننا آنذاك أن نقرر ما إذا كنت مؤهلا ومستحقا لجميع البرامج. يرجى طباعة جميع الأجوبة.**
- **تحقق من كل البرامج التي تقدمت بطلب للاستفادة منها.** سوف تظهر رموز البرامج في كل جزء من أجزاء الأسئلة في الاستمارة، وهذه الرموز ستخبرك بالأسئلة التي يجب أن تجيب عليها لكل برنامج. **للمزيد من المعلومات عن البرامج، اقرأ كتيب المعلومات.**

☐ **برنامج الإعانة الغذائية (FAP).**

☐ **رعاية ونمو الطفل (CDC)** (يساعد في تحمل نفقات رعاية الطفل).

☐ **الإعانة النقدية (برنامج استقلال العائلة (FIP)، الإعانة النقدية للاجئين (RCA)، إعانة الإعاقة من الولاية (SDA))** (يقدم مساعدات مالية للنساء الحوامل، العائلات ذوي الأطفال ، اللاجئين، البالغين الذين يعانون من إعاقات ، مقدمو الرعاية الذين يعيشون مع البالغين الذين يعانون من إعاقات ، أو الأشخاص الذين يعيشون في أوضاع معيشية معينة).

☐ **الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) (انسداد وتعطل المنافع، إخطار بضرورة الإخلاء والنزوح، مصاريف دفن الموتى أو أي ظروف طارئة أخرى).** ملحوظة: يمكن أن تقدم طلبا على الإنترنت على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/mibridges* أو إكمال استمارة طلب إدارة الخدمات الانسانية DHS-1514. استمارة طلب الإغاثة في الحالات الطارئة متوافرة على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/dhs-forms* أو في مكتب إدارة الخدمات الانسانية المحلي الواقع في منطقتك.

.

إذا لا تستطيع إكمال استمارة الطلب الآن، فيمكنك إكمال نموذج الملف على الصفحة السابقة من كتيب المعلومات هذا أو على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/mibridges* أوتنزيل النموذج من الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/dhs-forms* . قد يؤثر التاريخ الذي تستلم فيه إدارة الخدمات الانسانية نموذج ملفك أو استمارة طلب الإعانة الخاصة بك على تاريخ بدء حصولك على المخصصات يجب أن تستلم إدارة الخدمات الانسانية استمارة طلب الإعانة الكاملة الخاص بك قبل الموافقة على منحك أية مخصصات

If you need help filling out this application, DHS must help you. If you are refused help, you may call 855-275-6424.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?
   ☐ Interpreter ☐ Sign language ☐ Assisted listening device (ALD) ☐ Other _____
2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarle. Si ellos se niegan ayuda, usted puede llamar a 855-275-6424.

1. ¿Si usted no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarle?
   ☐ Intérprete ☐ Lengua de señas ☐ Dispositivo vivo asistido (ALD) ☐ Otro _____
2. ¿Si usted no habla inglés, qué idoma habla? _____

إن كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS تقديم المساعدة لك. وفي حال تمّ رفض تقديم المساعدة لك، فيمكنك الاتصال بالرقم 6424-275 (855) .

١. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟
☐ مترجم شفهي ☐ لغة إشارة ☐ أجهزة مساعدة للسمع (ALD) ☐ غير ذلك _____

٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية، فما هي اللغة التي تتكلمها؟ _____

لاستخدام موظفي المكتب فقط **تاريخ استلام المكتب المحلي للطلب**

رقم الحالة	
رقم الطلب	رقم الحالة
اسم الأخصائي	
رقم هاتف الأخصائي	رقم الفاكس:
البريد الإلكتروني للأخصائي	

تم إصدار هذا النموذج بموجب سلطة قانون الضوابط والقوانين الفيدرالية (CFR) 42 CFR 435.907; 7 CFR 273.2(d)؛ والجزء 25 و59 من قانون 280 الخاص بالأفعال العامة لعام 1939 وتعديلاته والقانون العام 280 لعام 1939. يجب عليم إكمال هذا النموذج إذا أردت أن تهتم إدارة الخدمات الانسانية بطلبك للحصول على الإعانة المالية او الغذائية أو خدمات رعاية الأطفال.

A. معلومات عن العنوان

١. **ضع علامة في المربع الخاص بالمكان الذي تعيش به :** ☐ منزل / شقة / مسكن متنقل ☐ مشرد ☐ مكان آخر _____

إذا كنت تسكن في ملحق مؤسسة أو في ترتيب معيشية خاصة أو عشت في أحد هذه الأماكن خلال الثلاثة أشهر الأخيرة، ضع علامة في المربع أدناه الخاص بالمكان الذي عشت فيه:

☐ دار للمسنين
☐ منزل جماعي للأطفال
☐ منزل رعاية بديلة للبالغين
☐ نزل تجارية "بنسيون"

☐ مستشفى
☐ مشفى المقاطعة
☐ دار تمريض
☐ مركز للعلاج النفسية أو للصحةِ العقليةِ

☐ سجن / معتقل
☐ سكن / مأوى للحالات الطارئة
☐ مركز علاج إدمان المخدرات أو الكحول

☐ مِرْفَقُ رعايَةِ سكني للأحداث
☐ مركز العدالة المجتمعية
☐ دار إيواء لضحايا العنف الأسري
☐ مَنْزِلُ انْتِقالِيّ
☐ مرفق الرعاية الدائمة

ما هو التاريخ الذي تنوي مغادرة هذا المكان فيه، أو ما هو التاريخ الذي غادرت فيه بالفعل المنشأة؟ ___ \ ___ \ ___

☐ التاريخ غير معروف
☐ غير مطبق

اسم المؤسسة أو المنشأة _____

٢. **العنوان الذي كنت تعيش فيه، أو عنوان المنشأة أو المؤسسة (** الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة

٣. **العنوان البريدي** (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو صندوق البريد)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة

٤. هاتف المنزل ___-___-___ هاتف محمول ___-___-___ هاتف العمل ___-___-___

هاتف يمكننا ترك رسالة فيه ___-___-___ لمن هذا الرقم ؟ (اسم الشخص/نوع علاقتك به)

رقم هاتف المبرقة الكاتبة(TTY) ___-___-___ عنوان البريد الإلكتروني

٥. هل انتقلت من أو تلقيت إعانة من ولاية أخرى في أي وقت مضى بعد شهر أغسطس١٩٩٦؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة هي نعم، فما هي هذه الولاية؟ _____ ما اسم مقاطعة الولاية؟ _____

التاريخ (التواريخ) الذي تلقيت فيه الإعانة من ولاية أخرى _____ ما نوع الإعانة _____

تاريخ انتقالك لولاية ميشيغان ___ \ ___ \ ___ ما إسم الأخصائي المسؤول عن حالتك رقم هاتف أخصائي الحالة ___-___-___

٦. هل تنوي أنت و أسرتك البقاء في ولاية ميشيغان؟ ☐ نعم ☐ لا

٧. هل أتيت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك إلى ميشيغان لوظيفة وُعدت بها أو بحثا عن عمل؟ ☐ نعم ☐ لا

٨. إذا كنت مهاجر أو عامل زراعي موسمي، قم من فضلك بكتابة عنوان المراسلة الدائم الخاص بك أدناه.

عنوان المراسلة الدائم (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، صندوق بريد)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة

B. معلومات عن الإعانة الغذائية

١. هل يقوم كل شخص من أفراد الأسرة بشراء وإعداد الطعام مع الآخرين؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بلا، اذكر الشخص الذي لا يقوم بذلك _____

٢. كم قيمة إجمالي الأصول النقدية التي تمتلكها أسرتك؟
(والتي تشمل النقود، المدخرات، الحسابات الجارية، سندات التوفير ،إلخ) _____ دولار أمريكي

٣. كم يبلغ إجمال الدخل الشهري الكلي (قبل أي خصومات) لأسرتك؟
(والتي تشمل الإيرادات، مخصصات البطالة، إعالة الأطفال، مخصصات الضمان الاجتماعي، إلخ) _____ دولار أمريكي

٤. هل يحصل أي شخص من أفراد أسرتك على مخصصات لتوزيع الغذاء العشائري؟ ☐ نعم ☐ إذا
إذا كانت الإجابة هي نعم ، اذكر من هو _____

٥. إذا كنت ملتحق بكلية، جامعة، إلخ، فهل تعيش في سكن داخلي في جامعة أو لديك برنامج للوجبات الغذائية ☐ نعم ☐ لا

C. معلومات عنك وعن أسرتك

- قدم إجابة لكل شخص من أفراد أسرتك (كل شخص يعيش في منزلك). يجب أن تشمل الأشخاص الذين لا يتواجدون بالمنزل طوال الوقت، حتى ولو لم تقدم هذا الطلب لهم. اكتب نفسك أولا.
- إذا كنت مغتربا مع شخص يرعاك وافق على دعمك ومساعدتك ماليا حتى ولم يفعل /تفعل ذلك بالفعل فقم بكتابة معلومات عن هذا الشخص في أحد المربعات أدناه.
- هناك مساحات لكتابة معلومات خمسة أشخاص من أفراد أسرتك في الخمس صفحات التالية. هل أنت بحاجة لمزيد من الصفحات لأفراد أسرتك؟ ☐ نعم ☐ لا

الإجابة للشخص رقم ١ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) _____ ٢. تاريخ الميلاد _____ ٣. نوع علاقته/علاقتها بك ذاتي

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الاجتماعي* ___-__-____

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا ** إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____
اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____
(مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا, ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل ___/___/___
عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت ☐ حضور أقل من نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم , ◄ اسم المدرسة _____
☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. العرق (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____
☐ أسيوي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي
☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي
☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،إلخ)
☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____
عنواين أخرى _____
(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ غذاء ☐ مساعدة طارئة
☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ، الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيب

الإجابة للشخص رقم ٢ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) ٢. تاريخ الميلاد ٣. نوع علاقته/علاقتها بك

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الإجتماعي* ___-__-___

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____
اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____ (مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل __/__/__
عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ تلقيت دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت ☐ حضور أقل من نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم ، ◄ اسم المدرسة _____
☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. السلالة (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____
☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي
☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،إلخ)
☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____
عنواين أخرى؟ _____
(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ مساعدة طارئة ☐ غذاء ☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

١٧. إذا كان هذا الشخص دون سن ٢٢ يرجى إكمال هذا الجزء :
من الذي تحمل مصاريف ولادة الطفل ☐ الدولة ☐ الأبوين ☐ شخص آخر
ما هي الحالة الاجتماعية لأم الطفل أثناء فترة حملها فيه؟ _____
إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج: تاريخ الانفصال __/__/____ تاريخ الانفصال __/__/____ تاريخ الطلاق __/__/____
الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____ الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____
إذا كانت عزباء، تاريخ فترة حمل الطفل __/__/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____
هل حددت إفادة إثبات الأبوة أو حددت هيئة المحكمة اسم الشخص والد الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم رقم الأمر القضائي / إفادة إثبات الأبوة _____ التاريخ __/__/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____
كانت الإجابة بلا ، هل هناك أكثر من أب واحد محتمل لهذا الطفل ☐ نعم ☐ لا، إذا كانت الإجابة بنعم **توقف** هنا
إذا لم تتوقف هنا أكمل الجدولين أدناه للأبوين:

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي
_____ __/__/____ _____
السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____
هل هو مقيم بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هو متوفي ؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هو نفس الأب المذكور أعلاه لذلك الطفل؟
☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا
هل هو والد متبني غير متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا
هل أنهت المحكمة حقوقه في تبني الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقف** هنا. وإن لم تكن كذلك:
هل هناك امر إعالة يسميه لهذا الطفل؟
رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____
اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____
آخر شهر / عام عملت فيه __/____ آخر شهر / عام عملت فيه __/____
الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____
الإثنية: ☐ إسباني / لاتيني ☐ غبر إسباني / غير لاتيني
العرق: ☐ هندي أمريكي / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)
☐ آسيوي ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي
☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض
التأمين الصحي للأب الذي يغطي هذا الطفل:
اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي
_____ __/__/____ _____
السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____
هل هي مقيمة بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هي متوفية ؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هي نفس الأم المذكورة أعلاه لذلك الطفل؟
☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا
هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ ☐ نعم ☐ لا
هل أنهت المحكمة حقوقها؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقفي** هنا. وإن لم تكن كذلك:
هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟
رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____
اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____
الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____
الإثنية: ☐ إسبانية / لاتينية ☐ غير إسبانية / غيرلاتينية
العرق: ☐ هندية أمريكية / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)
☐ أسيوية ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي
☐ سوداء / أمريكية أفريقية ☐ بيضاء
التأمين ا لصحي للأم الذي يغطي هذا الطفل:
اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ، الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيّب

الإجابة للشخص رقم ٣ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) ٢. تاريخ الميلاد ٣. نوع علاقته/علاقتها بك

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الإجتماعي* ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____

اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____ (مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ تلقيت دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، ◄ اسم المدرسة _____ ☐ حضور أقل من نصف الوقت

☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. السلالة (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي

☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،إلخ)

☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____

عنواين أخرى؟ _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ غذاء ☐ مساعدة طارئة

☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

١٧. إذا كان هذا الشخص دون سن ٢٢ يرجى إكمال هذا الجزء :

من الذي تحمل مصاريف ولادة الطفل ☐ الدولة ☐ الأبوين ☐ شخص آخر

ما هي الحالة الاجتماعية لأم الطفل أثناء فترة حملها فيه؟ _____

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج: تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الطلاق ___/___/____

الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____ الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____

إذا كانت عزباء، تاريخ فترة حمل الطفل ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

هل حددت إفادة إثبات الأبوة أو حددت هيئة المحكمة اسم الشخص والد الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم رقم الأمر القضائي / إفادة إثبات الأبوة _____ التاريخ ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

كانت الإجابة بلا ، هل هناك أكثر من أب واحد محتمل لهذا الطفل ☐ نعم ☐ لا، إذا كانت الإجابة بنعم **توقف** هنا

إذا لم تتوقف هنا أكمل الجدولين أدناه للأبوين:

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

_____ ___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هو مقيم بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو متوفي ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو نفس الأب المذكور أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هو والد متبني غير متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقه في تبني الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقف** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك امر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الأخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

آخر شهر / عام عملت فيه ___/____ آخر شهر / عام عملت فيه ___/____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____

الإثنية: ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

العرق: ☐ هندي أمريكي / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ آسيوي ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض

التأمين الصحي للأب الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

_____ ___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هي مقيمة بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي متوفية ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي نفس الأم المذكورة أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقفي** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____

الإثنية: ☐ إسبانية / لاتينية ☐ غير إسبانية / غيرلاتينية

العرق: ☐ هندية أمريكية / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوية ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ سوداء / أمريكية أفريقية ☐ بيضاء

التأمين ا لصحي للأم الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ، الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيّب

الإجابة للشخص رقم ٤ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) ٢. تاريخ الميلاد ٣. نوع علاقته/علاقتها بك

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الإجتماعي* ☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____

اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____ (مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ تلقيت دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت ☐ حضور أقل من نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، ◄ اسم المدرسة _____

☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. السلالة (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي

☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،إلخ)

☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____

عنواين أخرى؟ _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ غذاء ☐ مساعدة طارئة

☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

١٧. إذا كان هذا الشخص دون سن ٢٢ يرجى إكمال هذا الجزء :

من الذي تحمل مصاريف ولادة الطفل ☐ الدولة ☐ الأبوين ☐ شخص آخر

ما هي الحالة الاجتماعية لأم الطفل أثناء فترة حملها فيه؟ _____

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج: تاريخ الانفصال __/__/____ تاريخ الانفصال __/__/____ تاريخ الطلاق __/__/____

الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____ الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____

إذا كانت عزباء، تاريخ فترة حمل الطفل __/__/____ المدينة: _____ الولاية ____ الدولة _____

هل حددت إفادة إثبات الأبوة أو حددت هيئة المحكمة اسم الشخص والد الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم رقم الأمر القضائي / إفادة إثبات الأبوة _____ التاريخ __/__/____ المدينة: _____ الولاية ____ الدولة _____

كانت الإجابة بلا ، هل هناك أكثر من أب واحد محتمل لهذا الطفل ☐ نعم ☐ لا، إذا كانت الإجابة بنعم **توقف** هنا

إذا لم تتوقف هنا أكمل الجدولين أدناه للأبوين:

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

_____ __/__/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هو مقيم بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو متوفي ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو نفس الأب المذكور أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هو والد متبني غير متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقه في تبني الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقف** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك امر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

آخر شهر / عام عملت فيه __/____ آخر شهر / عام عملت فيه __/____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____

الإثنية: ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

العرق: ☐ هندي أمريكي / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض

التأمين الصحي للأب الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

_____ __/__/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هي مقيمة بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي متوفية ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي نفس الأم المذكورة أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقفي** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر ____ لون العين ____

الإثنية: ☐ إسبانية / لاتينية ☐ غير إسبانية / غيرلاتينية

العرق: ☐ هندية أمريكية / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوية ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ سوداء / أمريكية أفريقية ☐ بيضاء

التأمين ا لصحي للأم الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ، الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيّب

الإجابة للشخص رقم ٥ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) ٢. تاريخ الميلاد ٣. نوع علاقته/علاقتها بك

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الإجتماعي* ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____

اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____ (مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ تلقيت دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت ☐ حضور أقل من نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، ◄ اسم المدرسة _____

☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. السلالة (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي

☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،الخ)

☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____

عنواين أخرى؟ _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ غذاء ☐ مساعدة طارئة

☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

١٧. إذا كان هذا الشخص دون سن ٢٢ يرجى إكمال هذا الجزء :

من الذي تحمل مصاريف ولادة الطفل ☐ الدولة ☐ الأبوين ☐ شخص آخر

ما هي الحالة الاجتماعية لأم الطفل أثناء فترة حملها فيه؟ _____

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج: تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الطلاق ___/___/____

الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____ الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____

إذا كانت عزباء، تاريخ فترة حمل الطفل ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

هل حددت إفادة إثبات الأبوة أو حددت هيئة المحكمة اسم الشخص والد الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم رقم الأمر القضائي / إفادة إثبات الأبوة _____ التاريخ ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

كانت الإجابة بلا ، هل هناك أكثر من أب واحد محتمل لهذا الطفل ☐ نعم ☐ لا، إذا كانت الإجابة بنعم **توقف** هنا

إذا لم تتوقف هنا أكمل الجدولين أدناه للأبوين:

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هو مقيم بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو متوفي ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو نفس الأب المذكور أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هو والد متبني غير متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقه في تبني الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقف** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك امر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

آخر شهر / عام عملت فيه ___/____ آخر شهر / عام عملت فيه ___/____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر _____ لون العين _____

الإثنية: ☐ إسباني / لاتيني ☐ غبر إسباني / غير لاتيني

العرق: ☐ هندي أمريكي / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ آسيوي ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض

التأمين الصحي للأب الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هي مقيمة بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي متوفية ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي نفس الأم المذكورة أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقفي** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الآخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر _____ لون العين _____

الإثنية: ☐ إسبانية / لاتينية ☐ غير إسبانية / غيرلاتينية

العرق: ☐ هندية أمريكية / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوية ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ سوداء / أمريكية أفريقية ☐ بيضاء

التأمين ا لصحي للأم الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ، الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيّب

الإجابة للشخص رقم ٦ قم بوضع علامة على مربعات الإجابات المناسبة

١. الاسم (الاسم الأول ، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ، اسم الميلاد، إذا كان مختلفا) ٢. تاريخ الميلاد ٣. نوع علاقته/علاقتها بك

٤. ☐ ذكر ☐ أنثى ٥. رقم الضمان الإجتماعي* ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

٦. الحالة الاجتماعية ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **إذا كانت الإجابة هي لا وأنت مغترب موثق ، ما هو تاريخ دخولك الولايات المتحدة: _____

اسم الأم قبل الزواج _____ محل الميلاد _____ (مقاطعة،مدينة، ولاية)

٨. حامل الآن / كنتي حاملا خلال الشهرين الماضيين ☐ نعم ☐ لا إذا كنتي حاملا ◄ موعد الولادة / تاريخ انتهاء الحمل ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

عدد الأطفال المنتظرين /عدد أطفالك الحاليين ☐ طفل ☐ توأم ☐ ثلاثة أطفال ☐ أعداد أخرى _____

٩. أعلى درجة دراسية حُصل عليها _____ ☐ تلقيت دبلوم تطوير التعليم العام ☐ حضور كامل ☐ حضور نصف الوقت ☐ حضور أقل من نصف الوقت

١٠. ملتحق بالمدرسة الآن؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، ◄ اسم المدرسة _____

☐ حضانة إلى الصف ١٢ ☐ تطوير التعليم العام ☐ كلية ☐ مدرسة صناعية ☐ جامعة ☐ مدرسة مهنية ☐ أخرى

١١. الإثنية (اختياري) ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

١٢. السلالة (اختياري) ☐ أمريكي هندي / مواطنو ألاسكا - ادخل اسم العشيرة _____

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي / مواطن جزيرة أخرى بالمحيط الهادي ☐ مواطن أسود / أمريكي أفريقي ☐ مواطن أبيض

١٣. هل هذا الشخص واحد من هؤلاء؟ (ضع علامة على الإجابة المناسبة) ☐ لاجيء ☐ متكفل بأجنبي

☐ عامل زراعي مهاجر ☐ طفل في الرعاية البديلة ☐ والد بالرعاية البديلة ☐ متغيب مؤقتا (لالتحاقة بكلية، أو تأدية خدمة عسكرية في الجيش،إلخ)

☐ عامل زراعي موسمي ☐ طفل متبنى ☐ مقدم الرعاية ليس أحد الأبوين ☐ ليس أي شخص مما سبق

١٤. إذا كان ذلك الشخص غير موجود حاليا بالمنزل؟ ◄ ما السبب؟ _____ التاريخ المتوقع لعودته _____

١٥. كم يوما في الشهر يمكث هذا الشخص في العنوان المكتوب في استمارة الطلب ؟ _____ في عنوان آخر مختلف ؟ _____

عنواين أخرى؟ _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

١٦. ما نوع المساعدة التي يحتاجها هذا الشخص؟ ☐ غذاء ☐ مساعدة طارئة

☐ رعاية طفل ☐ إعانة نقدية ☐ لا شيء (لا شيء مما سبق)

١٧. إذا كان هذا الشخص دون سن ٢٢ يرجى إكمال هذا الجزء :

من الذي تحمل مصاريف ولادة الطفل ☐ الدولة ☐ الأبوين ☐ شخص آخر

ما هي الحالة الاجتماعية لأم الطفل أثناء فترة حملها فيه؟ _____

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج: تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الانفصال ___/___/____ تاريخ الطلاق ___/___/____

الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____ الأمر القضائي / المقاطعة / الولاية: _____

إذا كانت عزباء، تاريخ فترة حمل الطفل ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

هل حددت إفادة إثبات الأبوة أو حددت هيئة المحكمة اسم الشخص والد الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم رقم الأمر القضائي / إفادة إثبات الأبوة _____ التاريخ ___/___/____ المدينة: _____ الولاية _____ الدولة _____

كانت الإجابة بلا ، هل هناك أكثر من أب واحد محتمل لهذا الطفل ☐ نعم ☐ لا، إذا كانت الإجابة بنعم **توقف** هنا

إذا لم تتوقف هنا أكمل الجدولين أدناه للأبوين:

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هو مقيم بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو متوفي ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هو نفس الأب المذكور أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هو والد متبني غير متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقه في تبني الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقف** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك امر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الأخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

آخر شهر / عام عملت فيه ___/____ آخر شهر / عام عملت فيه ___/____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر _____ لون العين _____

الإثنية: ☐ إسباني / لاتيني ☐ غير إسباني / غير لاتيني

العرق: ☐ هندي أمريكي / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوي ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ أسود / أمريكي من أصل أفريقي ☐ أبيض

التأمين الصحي للأب الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

___/___/____ _____

السن التقريبي (إذا كان تاريخ الميلاد غير معروف): _____

هل هي مقيمة بالمنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي متوفية ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هي نفس الأم المذكورة أعلاه لذلك الطفل؟

☐ نعم، الاسم: _____ ☐ لا

هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنهت المحكمة حقوقها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لأي سؤال أعلاه هي نعم **توقفي** هنا. وإن لم تكن كذلك:

هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟

رقم الحكم _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الدولة _____

اسم صاحب العمل الأخير الذي عملت عنده وعنوانه _____

الطول ____ الوزن ____ لون الشعر _____ لون العين _____

الإثنية: ☐ إسبانية / لاتينية ☐ غير إسبانية / غير لاتينية

العرق: ☐ هندية أمريكية / مواطنو ألاسكا (اسم العشيرة _____)

☐ أسيوية ☐ مواطنو هاواي/ مواطنو جزيرة المحيط الهادي

☐ سوداء / أمريكية أفريقية ☐ بيضاء

التأمين ا لصحي للأم الذي يغطي هذا الطفل:

اسم شركة التأمين _____ رقم بوليصة التأمين _____

* اختياري إذا كنت تقدم استمارة طلب للحصول على رعاية طفل فقط. ** ينطبق على المتقدمين للاستفادة من برنامج استقلال العائلة ،

الإعانة النقدية للاجئين، الإعانة الغذائية **/* فيما يتعلق ببرنامج الإعانة الغذائية يجب مراجعة الصفحتين ١٠ و ١٤ من هذا الكتيّبهذا الكتيّب 10 و14 من هذا الكتيب

D. أفراد الأسرة ممن دون سن ٢٢

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

اذكر فرد(أفراد) عائلتك ممن هم دون ٢٢ عاما	اذكر اسم الأم/ الأب (الاسم الأول، الوسط، الأخير)	ضع علامةعلى المربع إذا كان أحد الأبوين متوفى	إذا كان الشخص دون ٢٢ عاما لا يعيش مع أبويه، فمن الذي يعيش/ تعيش معه؟	ضع علامةعلى المربع (المربعات) أدناه إذا : • الوالدان متزوجين لبعضهما في أي وقت مضى. • تم إثبات نسب الأبوة قانونيا. • إعالة بأمر من المحكمة.
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	
	الأم	☐ نعم	الاسم	☐ الوالدان متزوجان ☐ نسب أبوة مثبت ☐ إعالة رقم الأمر _____
	الأب	☐ نعم	نوع العلاقة	

E. معلومات عن رعاية ونمو الطفل

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل أنت بحاجة للمساعدة لدفع نفقات رعاية الطفل؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

لماذا تحتاج للمساعدة في تحمل نفقات رعاية الطفل؟ **ضع علامة على مربع الإجابة المناسبة.**

☐ ظروف العمل ☐ ظروف التحاق بمدرسة ثانوية أو تلقي دبلوم تطوير التعليم العام ☐ تعليم / تدريب معتمد من قبل إدارة الخدمات أو برنامج المشاركة في عمل .☐العلاج من حالة صحية أو مشكلة اجتماعية (اشرح) _____

إذا وضعت علامة في مربع " ظروف التحاق بمدرسة ثانوية أو تلقي تعليم عام مُطور" أو " تعليم / تدريب معتمد من قبل إدارة الخدمات الانسانية او برنامج المشاركة في عمل " أعلاه، فهل تحتاج لخدمة رعاية الطفل أثناء وقت الدراسة؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة نعم من فضلك اذكر عدد ساعات اللازمة لرعاية الطفل أسبوعيا لدواعي القيام بواجباتك الدراسية _____

اسم الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية	اسم مقدم الرعاية	الرقم التعريفي لمقدم الرعاية (إذا كان معروفا)

F. معلومات طبية

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

بالنسبة للمتقدمين لبرنامج الإعانة الغذائية يجب عليهم الإجابة عن سؤال ٦، ٨ و ٩ فقط.

١. اذكر أي فرد من أفراد أسرتك كان من ضحايا العنف الأسري._____ ☐ لا أحد

٢. اذكر أي طفل عمره دون السادسة لم يواظب على تلقي تطعيماته (الجرعات)_____ ☐ لا أحد

٣. اذكر أي طفل مدرج في برنامج *Early On* _____ ☐ لا أحد

اسم ورقم هاتف برنامج *Early On* _____

٤. اذكر أي شخص ملتحق الآن أو كان ملتحق بفصول التعليم الخاص _____ ☐ لا أحد

اسم ورقم هاتف المدرسة _____

٥. اذكر اسم أي شخص يتلقى برنامج لعلاج إدمان الكحول أو المخدرات_____ ☐ لا أحد

٦. اذكر اسم أي شخص يعمل مع خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان_____ ☐ لا أحد

اسم ورقم المستشار في خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان_____

٧. اذكر إسم أي الشخص يرعى الطفل، الزوج أو الزوجة، أو أي شخص يعاني من إعاقة في المنزل _____ ☐ لا أحد

٨. هل مقدم الرعاية قادر و متوفر للعمل إلى جانب القيام بمهمته لرعاية شخص؟ ☐ نعم ☐ لا

٩. اذكر أي شخص متقدم لطلب الإعانة ويعاني من إعاقة جسمانية أو عقلية تمنعه من العمل لوقت كامل. ☐ لا أحد

الشخص	الحالة الطبية	هل هذا الشخص قادر على العمل؟
		☐ نعم ☐ لا
		☐ نعم ☐ لا
		☐ نعم ☐ لا

G. التغطية الطبية

هل هناك فرد من أفراد أسرتك لديه تغطية طبية أو يتوقع الحصول عليها؟

☐ **نعم** ◄ ☐ ضع علامة على نوع التغطية الخاص بك وأكمل الجدول أدناه. ☐ **لا**

☐ تأمين صحي/ تأمين لدخول المستشفى
☐ رب العمل، الوالد، إلخ
☐ مديكير

☐ تأمين ضد الحوادث
☐ تغطية صحية للأطفال (MIChild)
☐ خطة / عقد (عقد رعاية مدى الحياة، إلخ.)

☐ تعويض العمال
☐ حساب المدخرات الصحية
☐ أنواع أخرى_____

الشخص المؤمن عليه	اسم وعنوان شركة التأمين	أرقام المطالبة، العقد / عدد المجموعة، تاريخ النفاذ القانوني

H. معلومات عن الأصول

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل يمتلك أي فرد من أفراد أسرتك أصولا (بمافي ذلك الأصول المملوكة مشاركة مع شخص آخر؟

☐ **نعم** ◀ ضع علامة على كل أنواع الأصول التي تمتلكها أسرتك وأكمل الجدول أدناه. ☐ **لا**

☐ حسابات جارية /إدخار
☐ شهادات الإيداع
☐ نقود في اليد/الموجودة بالخزانة
☐ ائتمان أو دخل سنوي
☐ ممتلكات عقارية مدى الحياة
☐ تأمين على الحياة
☐ صندوق استئماني للدفن/ عقد (عقود) إقامة جنازة
☐ حقوق أخرى (حقوق المعدنية / أية حسابات أخرى، أموال، مصادر، مزايا عينية، إلخ)
☐ حسابات اتحاد ائتمان تعاوني

☐ حسابات في سوق المال
☐ حساب توفير لمناسبة معينة
☐ سندات إدخار، أسهم، أو أسهم مالية مشتركة
☐ عقد ملكية أرض، رهن، أو أي أوراق مُستَحِقَّةٌ لِلدَّفع لأي فرد من أفراد الأسرة.
☐ مكان (أماكن) الدفن، النعش، إلخ
☐ صندوق ائتمان المرضى

☐ حساب التقاعد الشخصي، برنامج "كيو" للمعاشات التقاعدية المؤجلة الضرائب، برنامج K401 ، أو حساب (حسابات) التعويض المؤجلة .
☐ أملاك/اموال عقارية
☐ أملاك/اموال عقارية (ملك بخلاف المكان الذي تعيش فيه)
☐ الأدوات / المعدات / الماشية/ المحصول
☐ مكسب يانَصِيب / مقامرة

مالك الأصل	نوع الأصل	الرصيد (الكمية أوالقيمة)	الاسم والعنوان (البنك، شركة التأمين،إلخ)	الحساب أو رقم البوليصة ، إلخ

٢. هل قام أي فرد من أفراد أسرتك:

- ببيع /التخلي عن أي أملاك، أرض، أسهم، سندات، سيارات، مدخرات، حسابات توفير أو إدخار أو حسابات اتحاد ائتمان تعاوني،دخل أموال نقدية، إلخ.. أو قمت بإغلاق أوإزالة أو إضافة اسم لأي أصل خلال ال٦٠ شهرا الأخيرة (٥ سنوات) أو (خلال ال٣ أشهر الأخيرة أثناء الاستفادة من برنامج الإعانة الغذائية) ؟ ☐نعم ☐لا

  إذا كانت الإجابة بنعم ◀ من هو هذا الشخص؟ _____ ◀ ما هو؟ _____
  التاريخ ◀ __ __ \ __ __ \ __ __ __ __ ◀ كم تبلغ قيمته ؟ دولار

- قمت برفع دعوى قضائية يمكن أن تجلب لك أموالا، يعيد لك عقارات، إلخ؟ ☐ نعم ☐ لا

  إذا كانت الإجابة بنعم ◀ من هو هذا الشخص؟ _____ ◀ ما هو؟ _____
  التاريخ ◀ __ __ \ __ __ \ __ __ __ __ ◀ كم تبلغ قيمته ؟ دولار

- حصلت على مبلغ مالي لمرة واحدة (مثل تعويض العمال، مكسب يانَصِيب، مكافأة تسوية قضية تأمين، إلخ) خلال ال ٦٠ شهرا الأخيرة (٥ سنوات) أو (خلال ال ٣ أشهر الأخيرة أثناء الاستفادة من برنامج الإعانة الغذائية)؟ ☐ نعم ☐ لا

  إذا كانت الإجابة بنعم ◀ من هو هذا الشخص؟ _____ ◀ ما هو؟ _____
  التاريخ ◀ __ __ \ __ __ \ __ __ __ __ ◀ كم تبلغ قيمته ؟ دولار

- تتصرف بالنيابة عن فرد آخر من أفراد الأسرة لوضع أموال، تسوية قضية، التصرف في دخل أو أصول في شكل ائتمان، دخل سنوي، أو نصيحة قانونية مماثلة خلال ال ٦٠ شهرا الأخيرة (٥ سنوات) أو (خلال ال ٣ أشهر الأخيرة أثناء الاستفادة من برنامج الإعانة الغذائية)؟ ☐ نعم ☐ لا

  إذا كانت الإجابة بنعم ◀ من هو هذا الشخص؟ _____ ◀ ما هو؟ _____
  التاريخ ◀ __ __ \ __ __ \ __ __ __ __ ◀ كم تبلغ قيمته ؟ دولار

هل تلقى اي شخص في منزلك استرداد الضريبة الفدرالية خلال ال ١٢ شهرا الأخيرة (للمستفيدين من برنامج الإعانة الغذائية فقط)؟ ☐نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ◀ من هو هذا الشخص؟ _____ ◀ ما هو؟ _____
التاريخ ◀ __ __ \ __ __ \ __ __ __ __ ◀ كم تبلغ قيمته ؟ دولار _____

I. معلومات عن المركبة؟

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لدى أحد من أهل بيتك أي مركبات؟

☐ **نعم** ◀ **ضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه .** ☐ **كلا**

☐ سيارة ☐ شاحنة ☐ مركب ☐ سيارة مخيم / مقطورة ☐ دراجة نارية ☐ مركبة ترفهة ☐ مركبات أخرى

اسم المالك أو المالكين المذكورين على سند ملكية أو ورقة تسجيل المركبة	العام	التصنيع / الموديل	الأميال التي قُطعت	المبلغ المستحق الدفع

J. دخل مهاجر أوعامل مزارع موسمي

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هناك فردا من أفراد أسرتك ☐ **مهاجر أو** ☐ **عامل مزارع موسمي؟**

☐ **نعم** ◀ **أكمل الجدول أدناه.** ☐ **لا**

هل حصل أي فرد على دخل من نفس المزارع خلال ال ٣٠ يوما التي سبقت تاريخ تقديم استمارة الطلب؟	☐ نعم ☐ لا ◀ اسم الشخص (الأشخاص):	تاريخ	إجمالي مبلغ الدفع
هل يتوقع أحدا أن يحصل على دخل أكثر هذا الشهر؟	☐ نعم ☐ لا ◀ اسم الشخص (الأشخاص):		
هل حصل أي فرد على سلفة سفر؟	☐ نعم ☐ لا ◀ اسم الشخص (الأشخاص):		
هل فقد أي فرد مؤخرا مصدر دخله الوحيد؟	☐ نعم ☐ لا ◀ اسم الشخص (الأشخاص):	تاريخ آخر مبلغ مدفوع	إجمالي مبلغ الدفع

K. تغيرات وظيفية

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تغيرت الظروفة الوظيفية لأي فرد من أفراد أسرتك خلال ال ٣٠ يوما الأخيرة؟

☐ **نعم** ◀ **ضع علامة على الإجابات المناسبة وأكمل الجدول أدناه.** ☐ **لا**

ضع علامة على كل الإجابات المناسبة	اسم الشخص (الأشخاص)	اسم وعنوان صاحب العمل	تاريخ تغير الظروف الوظيفية	التاريخ والقيمة الإجمالية لآخر مبلغ مدفوع
☐ رفض العمل السبب _____				
☐ خفض ساعات العمل بمحض إرادته السبب _____				
☐ ترك الوظيفة السبب _____				
☐ تم الاستغناء عنه السبب _____				
☐ تم طرده السبب _____				
☐ مشترك في إضراب عن العمل السبب _____				

L. دخل من أعمال حرة (بما في ذلك الوظائف المختلفة)

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك يعمل بأعمال حرة أو ينوى العمل بها مستقبلا قبل نهاية الشهر التقويمي القادم؟

☐ **نعم** ◀ **أكمل الجدول أدناه.** ☐ **لا**

الشخص العامل بأعمال حرة	نوع العمل أو العمل التجاري وتاريخ بدء العمل	اسم وعنوان العمل التجاري	إجمالي الدخل الشهري (المبلغ قبل احتساب أية مصاريف)	المصاريف الشهرية للأعمال الحرة
	___ ___ ___ \ ___ ___ \ ___ ___			
	___ ___ ___ \ ___ ___ \ ___ ___			

M. الدخل العائد من التوظيف

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

هل هناك أي فرد من أفراد عائلتك يتقاضى أجرا أو راتبا أو سيبدأ أي شخص في العمل قبل نهاية الشهر التقويمي القادم؟

☐ نعم ◀ أكمل المعلومات الخاصة بكل فرد يعمل في الجدول أدناه. ☐ لا

اسم الشخص الذي يعمل _____ تاريخ بدء العمل ___/___/___

اسم صاحب العمل / العنوان / رقم الهاتف الخاص به _____

نوع العمل _____ مسمى الوظيفة _____

إذا كانت الوظيفة جديدة ، تاريخ دفع شيك الراتب الأول ___/___/___ هل سيستمر التوظيف؟ ☐ نعم ☐ لا

أيّ يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض االراتب _____ تاريخ أحدث أو آخر شيك راتب حُصل عليه ___/___/___

متوسط عدد ساعات العمل المتوقع عملها _____ ☐ أسبوعيا ☐ فترة الدفع معدل الدفع _____ دولار ☐ للساعة ☐ راتب ☐ نظام آخر _____

كم مرة تحصل على أجرك أو راتبك: ☐ أسبوعيا ☐ مرة كل أسبوعين ☐ مرتان شهريا ☐ شهريا ☐ أخرى _____

هل تحصل على ☐ مكافأة مالية ☐ أو عمولة ☐ أجر عن ساعات عمل إضافية ☐ نعم ☐ لا

◀ إذا كانت الإجابة بنعم، قيمة هذا المبلغ _____ دولار كم مرة يُحصل عليه؟ _____

هل تحصل على بقشيش أو إكراميات ليست مشمولة في شيك الراتب؟ ☐ نعم ☐ لا

◀ إذا كانت الإجابة بنعم، متوسط قيمة هذا البقشيش أو الإكراميات غير المشمولة ___ دولار عن كل ☐ أسبوع ☐ فترة دفع الأجر ☐ فترات أخرى ___

اسم الشخص الذي يعمل _____ تاريخ بدء العمل ___/___/___

اسم صاحب العمل / العنوان / رقم الهاتف الخاص به _____

نوع العمل _____ مسمى الوظيفة _____

إذا كانت الوظيفة جديدة ، تاريخ دفع شيك الراتب الأول ___/___/___ هل سيستمر التوظيف؟ ☐ نعم ☐ لا

أيّ يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض االراتب _____ تاريخ أحدث أو آخر شيك راتب حُصل عليه ___/___/___

متوسط عدد ساعات العمل المتوقع عملها _____ ☐ أسبوعيا ☐ فترة الدفع معدل الدفع _____ دولار ☐ للساعة ☐ راتب ☐ نظام آخر _____

كم مرة تحصل على أجرك أو راتبك: ☐ أسبوعيا ☐ مرة كل أسبوعين ☐ مرتان شهريا ☐ شهريا ☐ أخرى _____

هل تحصل على ☐ مكافأة مالية ☐ أو عمولة ☐ أجر عن ساعات عمل إضافية ☐ نعم ☐ لا

◀ إذا كانت الإجابة بنعم، قيمة هذا المبلغ _____ دولار كم مرة يُحصل عليه؟ _____

هل تحصل على بقشيش أو إكراميات ليست مشمولة في شيك الراتب؟ ☐ نعم ☐ لا

◀ إذا كانت الإجابة بنعم، متوسط قيمة هذا البقشيش أو الإكراميات غير المشمولة ___ دولار عن كل ☐ أسبوع ☐ فترة دفع الأجر ☐ فترات أخرى ___

N. مصادر دخل أخرى

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل هناك أي شخص من أفراد أسرتك يحصل على أو يتوقع أن يحصل (أو تقدم بطلب للحصول) أي دخل غير مكاسب العمل؟

☐ نعم ◀ ضع علامة على المربعات المناسبة وأكمل الجدول أدناه. ☐ لا

☐ مخصصات الضمان الاجتماعي ☐ دخل الضمان التكميلي ☐ مخصصات الإعاقة

☐ مخصصات التقاعد /المعاش ☐ دخل من إعادة تسوية (للمستفيدين من برنامج الإعانة الغذائية فقط) ☐ ممخصصات البطالة

☐ مخصصات تقاعد موظفي السكك الحديدية ☐ تعويض العمال ☐ دخل من إيجار

☐ مخصصات المحاربين القدامى ☐ اموال من أصدقاء أو أقارب، إلخ. ☐ بدل استئجار غرفة و/ أو دخل إقامة

☐ المخصصات العسكرية ☐ فائدة / أرباح دخل ☐ منحة مطابقة للاجئين

☐ عقود آراضي، الرهن، أو أَورَاقُ مُستَحِقَّةٌ لِلدَّفعِ الخاصة بفرد من أفراد الأسرة

☐ الدخل / المبالغ االمالية المتقاضاة من العشيرة (إعانة عامة من عشيرة، االمطالبة بالإراضي، نسبة مشاركة في أرباح عائدة من أندية القمار "كازينوهات"، نصيب دخل للفرد، إلخ.)

☐ مصادر أخرى (ضرائب مستردة، الحقوق المعدنية، أموال / منافع عينية، إلخ.)

☐ إعالة طفل / رقم أمر المحكمة بجدول الدعاوى _____

الشخص المستلم /المتوقع حصوله على الأموال	مصدر الدخل/ نوعه	كم مرة يُحصل عليه؟	المبلغ المستلم	هل من المتوقع استمرار هذا الدخل؟	التاريخ المتوقع لاستلامه إذا لم يكن قد تم استلامه بعد؟
				☐ نعم ☐ لا	
				☐ نعم ☐ لا	
				☐ نعم ☐ لا	

٢. إذا كان هناك أي فرد من أفراد الأسرة يحصل على دخل مخصصات الضمان الاجتماعي أو مخصصات تقاعد موظفي السكك الحديدية، اذكر رقم (أرقام) المُطالَبَة _____

٣. هل عمل أي فرد من أفراد أسرتك في الخدمة العسكرية في الجيش أو في القوات المسلحة ؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم

☐ **هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك ممن عملوا في الخدمة العسكرية في الجيش أو في القوات المسلحة يعاني من إعاقة؟**

من هو _____

☐ **هل هناك أي أرملة (أرمل) أو طفل لشخص توفى كان يعمل في الخدمة العسكرية في الجيش أو في القوات المسلحة؟**

من هو _____

☐ **هل هناك زوج أو زوجة أو طفل يعاني من إعاقة لشخص ذو إعاقة وكان يعمل في الخدمة العسكرية في الجيش أو في القوات المسلحة؟**

من هو _____

☐ **لا أحد من هؤلاء.**

O. مخصصات الإعاقة

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك لا يحصل على مخصصات الإعاقة، قد تقدم للحصول عليها أو رفض طلبه للحصول على هذه المخصصات؟

☐ **نعم** ◀ **قم بوضع علامة على كافة مخصصات الأعاقة الصحيحة المتلقاة وأكمل الجدول أدناه.** ☐ **لا**

الشخص	نوع المخصص	حالة المخصص	تاريخ تنفيذ الإجراء (إذا كان معروفاً)
	☐ الضمان الاجتماعي رقم المطالبة _____ ☐ نفسي ☐ الزوج (ة) ☐ والديَ ☐ دخل الضمان التكميلي ☐ أنواع أخرى _____	☐ طلبت لتلقي المخصصات. ☐ رفض طلب المخصصات الذي تقدمت به.* ☐ قمت برفع دعوى استئناف الرفض ☐ طلب عقد جلسة استماع في المحكمة.	
	☐ الضمان الاجتماعي رقم المطالبة _____ ☐ نفسي ☐ الزوج (ة) ☐ والديَ ☐ دخل الضمان التكميلي ☐ أنواع أخرى _____	☐ طلبت لتلقي المخصصات. ☐ رفض طلب المخصصات الذي تقدمت به.* ☐ قمت برفع دعوى استئناف الرفض ☐ طلب عقد جلسة استماع في المحكمة.	
	☐ الضمان الاجتماعي رقم المطالبة _____ ☐ نفسي ☐ الزوج (ة) ☐ والديَ ☐ دخل الضمان التكميلي ☐ أنواع أخرى _____	☐ طلبت لتلقي المخصصات. ☐ رفض طلب المخصصات الذي تقدمت به.* ☐ قمت برفع دعوى استئناف الرفض ☐ طلب عقد جلسة استماع في المحكمة.	

* قررت مصلحة الضمان الاجتماعي أنه ليس معاقاً / أنها ليست معاقة.

٢. إذا تم رفض إعطاء المخصصات، فهل تغيرت المشكلة (المشاكل) الصحية التي يعاني منها الشخص؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة بنعم ◀ اذكر من هو هذا الشخص _____ **تاريخ التغيير** _____

☐ **تدهورت حالة المشكلة الصحية** ☐ **ظهرت مشاكل صحية جديدة** ☐ **لديه / لديها أكثر من مشكلة صحية واحدة**

P. مصاريف الرعاية بالشخص المُعال والإعالة التي أمرت المحكمة بدفعها

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. هل هناك أي شخص يعمل أو يدرس أو يتدرب يدفع لخدمة رعاية ☐ طفل، ☐ فردا من أفراد الأسرة يعاني من إعاقة؟

☐ **نعم** ◀ **أكمل الجدول أدناه (لا تشمل المبالغ التي تدفعها إدارة الخدمات الإنسانية أو التي يدفعها أي شخص آخر).** ☐ **لا**

الشخص الذي يدفع	المبالغ المدفوعة	كم مرة تُدفع	اسم الشخص (الأشخاص) الذي يتلقى الرعاية
	_____ دولار	☐ أسبوعيا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتان شهريا ☐ شهريا ☐ بنظام آخر	
	_____ دولار	☐ أسبوعيا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتان شهريا ☐ شهريا ☐ بنظام آخر	
	_____ دولار	☐ أسبوعيا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتان شهريا ☐ شهريا ☐ بنظام آخر	

٢. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك يدفع بموجب أمر من المحكمة أياً من التالي ☐ نفقة إعالة طفل ☐ إعالة /نفقة زوج أمرت بها المحكمة؟

☐ **نعم** ◀ **إذا قمت بوضع علامة في أي مربع من المربعين أعلاه،أكمل الجدول أدناه.** ☐ **لا**

الشخص الذي يدفع	أمر المحكمة / رقم جدول الدعاوى والمقاطعة التي صدر فيها الأمر	المبلغ المحكوم بدفعه	يدفع المبلغ	كل	لمن
		_____ دولار	_____ دولار	☐ أسبوع ☐ شهر ☐ مدة أخرى	
		_____ دولار	_____ دولار	☐ أسبوع ☐ شهر ☐ مدة أخرى	
		_____ دولار	_____ دولار	☐ أسبوع ☐ شهر ☐ مدة أخرى	

Q. المصاريف الطبية

هل أنت بحاجة للمزيد من الصفحات؟ ☐ نعم ☐ لا

١. **اذكر أي شخص قام بدفع أو تخلف عن دفع المصاريف الطبية للخدمات المقدمة في الثلاثة أشهر الأخيرة:**

◀ من هذا الشخص؟ _____ عن أية أشهر؟ _____

اذكر شخصا قام بدفع الرسوم الطبية في الثلاثة أشهر الأخيرة:

◀ من هذا الشخص؟ _____ عن أية أشهر؟ _____

٢. **هل هناك أي مصاريف طبية مستمرة لأي فرد من أفراد أسرتك؟**

☐ **نعم** ◀ **ضع علامة على كل المصاريف المدفوعة وأكمل الجدول أدناه .** ☐ **لا**

☐ الرعاية الطبية
☐ العناية بالأسنان
☐ الاسْتِشْفاء
☐ وسائل النقل لتلقي الرعاية الطبية (لمتابعة الحمل و الرعاية المستمرة)
☐ غرفة طوارىء
☐ دار تمريض
☐ أدوية تصرف بدون وصفة طبية
☐ أدوية لا تُباع إلا بوصفة طبية
☐ بطاقة أدوية لا تُباع إلا بوصفة طبية
☐ أطقم الأسنان
☐ النظارات
☐ سماعات الأذن
☐ الأطراف الاصطناعية
☐ حيوانات الخدمة
☐ مصاريف ولي الأمر / الوصي
☐ قسط التأمين الصحي
☐ قسط التأمين الطبي
☐ المعدات / المستلزمات الطبية
☐ الرعاية الشخصية/ الخدمات الروتينية
☐ خدمات أخرى

الشخص الملتزم بدفع المصاريف	المصاريف الطبية (التي وضعت علامة بجانبها أعلاه)	المبلغ الذي يدفعه الشخص	كم مرة يُدفع المبلغ (شهريا، سنويا، إلخ)

R. مصاريف السكن

ضع علامة على المربعات المناسبة وقم بكتابة المبالغ.*

١. ☐ الإيجار _____ دولار (قم بكتابة المبلغ الذي تدفعه فقط وليس المبلغ الذي تدفعه وزارة الإسكان والتنمية العمرانية الأمريكية ، القسم "سكشن"، ٨ هيئة تطوير الإسكان بولاية ميشيغان، إلخ.) ☐ أسبوعيا ☐ شهريا ☐ فترات أخرى

٢. هل يدفع أي فرد:
الإيجار الذي يشمل تقديم وجبات (غرفة/نُزل) ☐ نعم
الوجبات فقط (نُزل) ☐ نعم ◀ _____ دولار ☐ أسبوعيا ☐ أسبوعيا ☐ فترات أخرى ☐ لا أدفع شيئا
◀ _____ دولار ☐ أسبوعيا ☐ أسبوعيا ☐ فترات أخرى ☐ لا أدفع شيئا

٣. ☐ إيجار وحدة مسكن متنقل؟ _____ دولار ☐ أسبوعيا ☐ أسبوعيا ☐ فترات أخرى

٤. ☐ رهن عقاري/ مسكن متنقل/ عقد أرض _____ دولار ☐ أسبوعيا ☐ أسبوعيا ☐ فترات أخرى

٥. ☐ رهن عقاري ثان أو قرض أصل عقاري _____ دولار ☐ أسبوعيا ☐ أسبوعيا ☐ فترات أخرى

٦. مصاريف المسكن التي تدفع بفواتير منفصلة عن فاتورة الإيجار أو الرهن العقاري: ☐ نوع الوقود (على سبيل المثال الخشب، الغاز، البروبان)

☐ الحرارة (الغاز، الكهرباء، البروبان، الخشب،إلخ)
☐ التكييف (بما في ذلك جهاز تكييف المنزل)
☐ الكهرباء (بخلاف المستخدمة في التدفئة)
☐ المياه / الصرف الصحي
☐ وقود الطبخ
☐ القمامة / جمع النفايات
☐ الهاتف
☐ تأمين مساكن _____ دولار سنويا
☐ ضرائب عقارية _____ دولار سنويا
☐ اشتراكات خاصة _____ اشتراكات خاصة _____
☐ تأمين ضمان الرهن العقاري _____ دولار لكل _____
☐ تكاليف الإسكان التعاوني/ المجمع السكني/ اتحاد ملاك _____ دولار
☐ أشياء أخرى _____ _____ دولار

٧. **حسم التدفئة المنزلية التابع لإدارة الخزانة المالية لولاية ميشيغان –** للسنة المالية الجارية:

أ. هل أحد من المتقدمين من أفراد أسرتك لبرنامج الإعانة الغذائية تلقى إعانة حسم التدفئة المنزلية على **العنوان الحالي؟** ☐ نعم ☐ لا

ب. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك من المتقدمين الآن للاستفادة ببرنامج الإعانة الغذائية قد تقدم او من المتوقع أن يتقدم للحصول على حسم التدفئة المنزلية على العنوان الحالي؟ ☐ نعم ☐ لا

S. تلقّي المخصصات

١. هل هناك فرد من أفراد أسرتك تقدم بطلب لتلقي المخصصات من ولاية ميشيغان أو تلقى المخصصات في أي وقت مضى؟
☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، فبأي اسم (أسماء) حُصل عليها؟ _____
(الإسم قبل الزواج ، الاسم المستعار، الزوج السابق/ الزوجة السابقة،إلخ)

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر رقم الضمان الاجتماعي الذي حُصل به على المخصصات. _____

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، هل استلمت في أي وقت مضى بطاقة بريدج للمشتريات الغذائية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم من هو هذا الشخص؟ _____

٢. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك حصل على مخصصات من برنامج النساء والرضع والأطفال(WIC) ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم من هو هذا الشخص؟ _____

٣. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك حصل على مخصصات (نقدية) من برنامج عشائري للإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة؟ ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم من هو هذا الشخص؟ _____

٤. هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك حصل على إعالة تبني/ مدفوعات إعانة وصاية ؟ ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم من هو هذا الشخص؟ _____

٥. إذا كنت تدرس بالكلية، الجامعة، إلخ،... هل أنت مشترك في / أو تدفع تكاليف خطة الحصول على الوجبات الغذائية؟ ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم ، كم عدد الوجبات أسبوعيا المشمولة في الخطة؟ _____

T. المعلومات التي تحتاج إدارة الخدمات الانسانية لمعرفتها

يرجى الإجابة لكل فرد من أفراد أسرتك

- هل تم استبعاد أي فرد أو تقليص حجم المخصصات التي يحصل عليها أو وقفها نهائيا نظرا لعدم احترامهم لقوانين البرنامج وامتثالهم لها في أي ولاية بما فيها ميشيغان؟
☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، من هو هذا الشخص _____

▶ إذا كانت الإجابة بنعم ، ما اسم هذه الولاية _____

- هل تم اتهام أي شخص بتهمة النصب والاحتيال أو قام بالتوقيع على عقد استرداد و/أو أوراق تجريد من الأهلية لتلقي الإعانة النقدية أو الغذائية من ولايتين أو أكثر في نفس الفترة الزمنية؟
☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، من هو هذا الشخص؟ _____ عن أي برنامج (برامج) ؟ _____

ما اسم هذه الولاية (الولايات)؟ _____

- هل هناك أي فرد هارب من تنفيذ حكم جنحة، أو هارب من مذكرة ضبط و إحضار جنائية معلقة لاعتقاله، أو هارب من حكم بالسجن؟
☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، من هو هذا الشخص؟ _____

- هل أدين أحد في أي وقت مضى بجناية متعلقة بالمخدرات وقعت بعد ٢٢ أغسطس، ١٩٩٦؟ ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، من هو هذا الشخص؟ _____ هل سبق اتهامه أكثر من مرة؟ ☐ نعم ☐ لا

- هل قام أي شخص بخرق قواعد فترة الوضع تحت المراقبة أو قوانين إخلاء السبيل المشروط؟ ☐ نعم ☐ لا

▶ إذا كانت الإجابة بنعم، من هو هذا الشخص؟ _____

U. عرض طلب تسجيل الناخب بولاية ميشيغان

إذا لم تكن مسجلا بالفعل للتصويت في عنوانك الحالي ،هل ترغب في تسجيل نفسك لكي تتمكن من التصويت والإدلاء بصوتك؟ ☐ نعم ☐ لا

ملحوظة: إذا لم تقوم بوضع علامة في أي مربع من المربعين أعلاه فسوف تفترض إدارة الخدمات الانسانية أنك قررت عدم التسجيل للتصويت هذه المرة . وضع علامة في مربع "نعم" يقوم بعدم تسجيل اسمك للتصويت. إذا وضعت علامة في مربع "نعم" أو لم تضع أي شيئا، سوف يتم إرسال طلب تسجيل ناخب لك.

لن يؤثر التقديم أو رفض التسجيل للتصويت على حجم المساعدة التي ستقدمها لك هذه الإدارة . إذا كنت بحاجة للمساعدة في ملأ نموذج طلب تسجيل الناخب، فسوف نساعدك في ذلك وسوف يكون قرار طلب أو قبول المساعدة هو قرارك الشخصي. يمكنك ملأ نموذج طلب تسجيل الناخب وحدك ومنفردا.

إذا كنت تعتقد أن هناك شخصا تدخل بحقك في أحد الأمور التالية:

- التسجيل للتصويت,
- رفض التسجيل للتصويت,
- الخصوصية في القرار ما إذا كنت تنوي التسجيل أو التقدم بطلب التسجيل للتصويت
- اختيار حزبك السياسي الخاص بك أو أي توجهات سياسية أخرى.

يمكنك إرسال شكوى إلى:

Secretary of State
P.O. Box 20126
Lansing, MI 48901-0726

V. الممثل القانوني، الوصي ، أمين الأموال أو الشخص الذي يساعد في ملأ الطلب

١. إذا كنت مؤهلا للحصول على الإعانة الغذائية ، فهل تريد أن يقوم شخص آخر بأخذ بطاقة بريدج للحصول على مخصصاتك الغذائية والتسوق بالنيابة عنك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ادخل اسمه / اسمها الكامل _____
(سيكون هذا الشخص هو ممثلك القانوني)

٢. هل تقوم بملأ هذا الطلب لشخص آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تمثل الشخص الذي تقدم عنه ؟ ☐ نعم ☐ لا

ضع علامة على أحدهما أو كلاهما

- **إذا تم وضع علامة على نعم لسؤال واحد أو السؤالين، أكمل المعلومات الآتية:**

الاسم _____ رقم الهاتف ___-___-___

عنوان الشارع (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة/ قطعة الأرض، صندوق البريد)

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

علاقة الممثل القانوني بطالب الإعانة (ضع علامة على الإجابات المناسبة)

☐ ولي الأمر ☐ أحد الأقرباء (حدد قرابته) _____
☐ الوصي ☐ شخص آخر (حدد شخصيته) _____

إذا كنت دون سن ال ١٨، هل أنت متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا

W. إقرار الخطي

ملحوظة هامة: قبل أن توقع على هذا الطلب اقرأ هذا الإقرار

بموجب قانون العقوبات عن جرائم النصب والاحتيال، أقسم أو أؤكد بأني تفحصت هذا الطلب أو قام أحد بقراءته لي، وفي نطاق علمي وحدود معرفتي فإن الحقائق الواردة فيه حقيقية وكاملة بما فيه المعلومات الخاصة بالجنسية ووضع الأجانب للأعضاء المتقدمين لطلب المخصصات.

وإذا كنت طرفاً ثالثاً يتقدم بالطلب بالنيابة عن شخص آخر أقسم بأن هذا الطلب قد قام طالب الإعانة بمراجعته أو قُرأت عليه، وفي نطاق علمي وحدود معرفتي فإن الحقائق الواردة فيه حقيقية وكاملة.

أشهد بأني استلمت نسخة، وراجعتها ، ووافقت على الشروط كل الأقسام في **كتيّب المعلومات** لطلب الإعانة الذي يشرح كيفية التقديم والحصول على المساعدات ، وهذه الأقسام هي: البرامج، الأشياء التي يجب عليك عملها، أشياء هامة يجب معرفتها، اتفاقيات إعادة الدفع، ومعلومات عن. أسرتك سوف يتم مشاركتها

أشهد تحت عقوبة شهادة الزور أن كل المعلومات التي كتبتها في نموذج هذا الطلب أو أخطرت بها أخصائي إدارة الخدمات الانسانية أو ممثلي القانوني هي معلومات حقيقية. أنا أتفهم جيدا بأنني يمكن أن أُحاكم بتهمة شهادة الزور إذا قمت بإعطاء معلومات كاذبة أو مضللة عن عمد أو قمت بتزييف ، إخفاء، أوبكتمان الحقائق الذي يمكن أن يتسبب في الحصول على إعانة ليست من حقي أو في الحصول على حجم أكثر من الإعانة عما ينبغي عليه يمكن أن يتم محاكمتي أيضا بتهمة النصب والاحتيال و/أو يطلب مني إعادة دفع المبالغ التي حصلت عليها بطريق الخطأ. أفهم جيدا بأنه قد يطلب مني تقديم إثبات لأي معلومات أعطيها.

توقيع العميل أو الممثل القانوني	التاريخ	عند إتمام المقابلة الشخصية: توقيع شاهد الإدارة/متعهد العامل المسؤول عن المهاجرين	التاريخ

ملحوظات

ملحوظات

الأشياء التي يجب عليك عملها (بقية)

إعادة دفع المخصصات الزائدة (جميع البرامج)

إذا حصلت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك على مخصصات لا تستحقها فيجب على الأشخاص البالغين من أفراد الأسرة إعادة دفع قيمة هذه المخصصات الزائدة والتي يجب أن تُدفع حتى ولم تكن هناك شبهة نصب واحتيال. إذا ارتكبت إدارة الخدمات الانسانية خطأ فيجب أيضا على الأشخاص البالغين من أفراد الأسرة إعادة دفع قيمة هذه المخصصات الزائدة.

بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية يمكن للمثل القانوني (شخص يمكنه الحصول على مخصصاتك الغذائية والتسوق بالنيابة عنك) أن يكون مسؤول عن رد وإعادة دفع قيمة مخصصات برنامج الإعانة الغذائية الزائدة.

الاسترداد. يمكن لإدارة الخدمات الانسانية أن تحتفظ بجزء من مخصصاتك المستقبلية كقيمة ترد مقابل المخصصات الزائدة التي حصلت عليها.

الإتجار. تُعامل مخصصات برنامج الإعانة الغذائية التي تباع أويتاجر بها كمخصصات زائدة ويجب تسديدها.

إفشاء المعلومات . إذا حصلت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك على مخصصات زائدة فقد يتم تقديم المعلومات المدرجة في استمارة طلب الإعانة الخاصة بك والتي تشمل أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية، الحكومية، والخاصة للمساعدة في عملية تحصيلها.

*تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (لغالبية البرامج)

بموجب القانون الفيدرالي رقم 42 USC 1320b-7 يجب أن تقدم أرقام الضمان الضمان الاجتماعي لكل شخص **يتقدم**. تشمل الاستثناءات الآتية:

- عند التقديم للحصول على رعاية طفل **فقط** فلا يجب عليك أن تقدم أرقام الضمان الاجتماعي للأشخاص البالغين أو الأطفال الذين لا يحتاجون لخدمات الرعاية للأطفال.
- لا يجب على الأشخاص من غير المتقدمين للحصول على مخصصات برنامج الإعانة الغذائية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم.
- يعفى المستفيدون من مزايا برنامج الإعانة الغذائية من تقديم أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم أو الحصول عليها لأسباب دينية.

سوف تساعدك إدارة الخدمات الانسانية على التقدم للحصول على أرقام الضمان الاجتماعي، و يجب عليك أن تقدم هذه الأرقام لإدارة الخدمات الانسانية فور الحصول عليها وإذا لم تفعل ذلك فقد يتم تخفيض المخصصات التي تحصل عليها أو رفض منحك هذه المخصصات، و قد يفرض عليك رد وإعادة دفع مبلغ أكبر .

سوف تستخدم إدارة الخدمات الانسانية أرقام الضمان الاجتماعي للتأكد ما إذا كنت مستحقا ومؤهلا للحصول على المخصصات الصحيحة. تستخدم إدارة الخدمات الانسانية أرقام الضمان الاجتماعي للتأكد من صحة ودقة المعلومات المقدمة من الوكالات الأخرى. (انظر: "معلومات عن أسرتك سيتم مشاركتها".)

التقديم للحصول على مخصصات أخرى(لغالبية البرامج)

يجب عليك أن تتقدم للحصول على المخصصات الأخرى المؤهل لها ومنها:

- مخصصات البطالة
- مخصصات الضمان الاجتماعي ومخصصات دخل الضمان التكميلي.
- المخصصات الإدارية للمحاربين القدامى

سوف تعلمك إدارة الخدمات الانسانية إذا كنت بحاجة للتقدم والحصول على المخصصات.

إذا لم تقم بالتقديم للحصول على المخصصات في الوقت المطلوب فقد تقوم إدارة الخدمات الانسانية بتخفيض حجم المخصصات، إغلاقها نهائيا، أو رفض منحها أساسا.

تطعيم الأطفال دون سن ال ٦ – احصل على جرعات (برنامج الاستقلال العائلة)

يجب تطعيم الأطفال دون سن ال٦ كما توصي إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان. قد تخفّض مخصصاتك النقدية بمبلغ ٢٥ دولارا شهريا حتى يصبح الأطفال مواظبين ومنتظمين في أخذ جرعات تطعيماتهم حتى حينه.

يعفى الطفل من التطعيمات المطلوب تلقيها إذا:

- كان الطفل / الطفلة دون سن شهرين.
- التطعيمات غير لائقة طبيا للطفل / للطفلة.
- تخالف التطعيمات المباديء والمعتقدات الدينية لأسرة الطفل /الطفلة

إجراءات إعالة الطفل (لغالبية البرامج)

سوف تتلقى رسالة عن برنامج إعالة الطفل إذا:

- كنت أحد المستفيدين من برامج الإعانة الغذائية، الاستقلال العائلة ورعاية ونمو الطفل؛ و
- كان أحد أبوي الطفل لا يعيش / تعيش مع الطفل.

يجب عليك أن تقوم بالاتصال بأخصائي الدعم والمساعدة عندما تستلم رسالة وتقديم معلومات إضافية عن نفسك، وعن الطفل الصغير ووالد (والدي) الطفل الصغير.

أثناء فترة تلقيك مخصصات برامج الإعانة الغذائية، استقلال العائلة ورعاية ونمو الطفل فيجب أن تستمر في العمل مع مكتب إعالة الطفل والنائب العام وصديق المحكمة لمتابعة إجراءات حقوق الأبوة و/أو نفقة الإعانة.

أسباب وجيهة. لن تطلب إدارة الخدمات الانسانية متابعة إجراءات حقوق الأبوة أوالنفقة إذا كانت لديك أسباب وجيهة لذلك.

إدعاء وجود أسباب وجيهة تحدث مع أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك واطلب منه تقديم نموذج " إدعاء وجود أسباب وجيهة" (نموذج إدارة الخدمات الانسانية- ٢١٦٨)، وقد يطلب منك تقديم دليل إثبات.

إذا لم تتعاون مع إجراءات إعالة الطفل عندما يطلب منك ذلك، و لم يكن لديك سببا وجيها فسوف تقوم إدارة الخدمات الانسانية بعمل كل ما يلي لمدة شهر على الأقل:

- منع مخصصات الإعانة الغذائية للشخص غير المتعاون.
- رفض أو وقف مخصصات رعاية الطفل الخاصة بك.
- رفض أو وقف مخصصات الإعانة النقدية لإسرتك بالكامل.
- رفض تقديم الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية لعدم قدرتك على احترام شروط برنامج استقلال العائلة والامتثال لها.

*اقرأ الصفحات من د- ه في هذا الكتيب

إجراءات إعالة الطفل (بقية) (لغالبية البرامج)

عند حصولك على منحة برنامج إستقلال العائلة فأنت تعطي (تتنازل) لإدارة الخدمات الانسانية أي إعالة جارية لنفسك (النفقة الزوجية) أو أطفال قاصرين في منزلك (إعالة طفل). هذا يعني أنه عند حصولك على منحة برنامج استقلال العائلة فقد يخصص و يعطى جزء من إعالة الطفل أوالنفقة الزوجية التي تحصل عليها من شخص آخر إلى إدارة الخدمات الانسانية لرد جزءً من منحة برنامج الاستقلال العائلة. يمكن أن تحصل على مبلغ خاص بإعالة الطفل الذي يجب دفعه لك أثناء فترة الاستفادة ببرنامج استقلال العائلة. إذا حصلت على المبلغ الخاص لإعالة الطفل اتصل بمكتب إدارة الخدمات الانسانية لمعرفة ما إذا كان يمكنك الاحتفاظ به . أما إذا أخطرك العامل بإدارة الخدمات الانسانية أن هذا المبلغ قد أرسل لك بطريق الخطأ فيجب أن تعيد المبلغ ، وإذا لم تعيده فقد تفقد منحة برنامج استقلال العائلة أو يتم تخفيضها . إذا كان مبلغ الإعانة الذي تجمعه إدارة الخدمات الانسانية أكبر من منحة برنامج استقلال العائلة لمدة شهرين على الأقل فقد تقوم إدارة الخدمات الانسانية بإغلاق حالة برنامج استقلال العائلة الخاص بك حتى يمكنك تلقي مبالغ الإعالة مباشرة.

التقيّد بقواعد العمل والعقوبات(برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين، وبرنامج الإعانة الغذائية)

تعتمد قواعد العمل التي تسري عليك سواءً كنت تتلقى الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين ، أو مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية بدون إعانة نقدية أو مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية لوقت محدود.

قواعد العمل السارية على الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين. يجب أن تقوم أسرتك بإكمال عمل اختبار التَّحَرِّي والفرز بأدوات الفحص الآلي للأسرة وإعداد خطة الاكتفاء الذاتي الأسري ، ويعد إستكمال اختبار التَّحَرِّي والفرز بأداة الفحص الآلي للأسرة و وإعداد خطة الاكتفاء الذاتي الأسري شرطين مطلوبين للاستفادة بمزايا المساعدات المالية لبرنامج إستقلال العائلة فقط.

من المقرر أن تحدد خطة الاكتفاء الذاتي الأسري أنشطة العمل التي يجب أن تقوم بها حتى ٤٠ ساعة أسبوعيا للحصول على مزايا الإعانة المالية لبرنامج إ ستقلال العائلة، وستقوم بإعداد وتصميم هذه الخطة مع أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك وبرنامج المشاركة في العمل.

- عمل اختبار التَّحَرِّي والفرز بأدوات الفحص الآلي للأسرة (للمستفيدين ببرنامج إستقلال العائلة فقط)
- المساعدة في إجراء اختبار التَّحَرِّي والفرز بأدوات الفحص الآلي للأسرة والامتثال لقواعدها وشروطها (للمستفيدين ببرنامج إستقلال العائلة فقط).
- عدم ترك، رفض القيام بالعمل ، أوتقليل ساعات العمل.
- عدم السعي للفصل من العمل بسبب سوء السلوك أوالتغيب عن العمل.
- الامتثال بشروط التوظيف و/أو أنشطة التوظيف الذاتي

عقوبات مخالفة قواعد عمل برنامجي إستقلال العائلة أو الإعانة النقدية للاجئين. في حالة قيامك بمخالفة قواعد عمل برنامجي الاستقلال العائلة أوالإعانة النقدية للاجئين بدون أسباب وجيهة (انظر "الأسباب الوجيهة" صفحة ١٣)، فسوف تقوم إدارة الخدمات الانسانية بعمل الآتي

- ترفض استمارة طلبك المُقدم (يمكنك أن تقدم استمارة الطلب مرة أخرى).
- وقف مخصصات برنامج استقلال العائلة لأسرتك بالكامل لمدة ثلاثة أشهر في أول مرة ، وستة أشهر في ثاني مرة ، وللأبد في ثالث مرة.
- عد وحصر كل شهور العقوبات التي تفرضها عليك ولايتك لفترة مدتها ٤٨ شهرا طوال حياتك.
- وقف الإعانة النقدية للاجئين لمدة ثلاثة أشهر على الأقل (و لكن قد يحق لباقي أفراد أسرتك الحصول عليها).
- إذا كنت تتلقى منحة نقدية من برنامج استقلال العائلة ومخصصات من برنامج الإعانة الغذائية فقد نقوم بالتالي:
  - توقيف أو تخفيض مخصصاتك من برنامج الإعانة الغذائية لمدة شهر واحد على الأقل إذا لم يتم إعفاءك من قواعدالعمل السارية على البرنامج.
  - احتساب مبلغ منحتك من برنامج استقلال العائلة كدخل.

قواعد عمل برنامج الاعانة الغذائية (ملحوظة: إذا كنت تحصل على مخصصات نقدية وغذائية معاً فيجب عليك اتباع قواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال العائلة.)

- **إذا كنت تعمل، فلا يجب عليك:**
  - ترك عملك لمدة ٣٠ ساعة أو أكثر أسبوعيا.
  - تقليل ساعات العمل بإرادتك لأقل من ٣٠ ساعة أسبوعيا دون سبب وجيه.
- **إذا كنت لا تعمل، أو تعمل لمدة أقل من ٣٠ ساعة أسبوعيا فلا يجب عليك:**
  - رفض عرض عمل.
  - رفض المشاركة في الأنشطة الخاصة بالتوظيف المطلوبة والتي يجب القيام بها للحصول على مخصصات برنامج الإعانة الغذائية.

عقوبات مخالفة قواعد برنامج الإعانة الغذائية . إذا كنت تحصل على مخصصات برنامج الإعانة الغذائية وخالفت قواعد العمل بدون سبب وجيه ، سوف يتم إيقاف أو تقليل حجم هذه المخصصات لمدة:

- شهر واحد على الأقل لأول مرة، و
- ستة أشهر لأي مرة أخرى بعد أول مرة.

قواعد الاعانة الغذائية المحدودة المدة. (ملحوظة: قواعد تحديد المدة ليست دائما سارية النفاذ، ولذلك تأكد من هذا الأمر مع أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك.)

يمكن أن يطبق نظام فترات محددة خاصة وشروط عمل عليك إذا كنت:

- شخص لا يعاني من إعاقة،
- عمرك ١٨ عاما على الأقل ولكن أقل من ٥٠ عاما؛ و
- تعيش مع أسرة ليست لديها أطفال دون سن ال١٨ عاما (سواء أكان من ذوي القربى أومن غير ذوي القربى.)

إرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه (برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين وبرنامج الإعانة الغذائية)

إرجاء قواعد العمل (الإعفاء منها). يمكن أن يعفى بعض الناس ممن حصلوا على اعانة غذائية أو مالية من قواعد العمل، إذا كنت من المستفيدين بمزايا برنامج استقلال العائلة ومعفى من قواعد العمل، فقد يجب عليك أن تقوم بعمل بعض الأنشطة الأخرى. إذا كنت تعتقد أنه يجب اعفاؤك من قواعد العمل فتحدث في ذلك الأمر مع أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك.

ملحوظة: قد تتغير أسباب إعفاؤك من قواعد العمل.

قد يمكن إعفاؤك من قواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال العائلة أو الإعانة النقدية للاجئين إذا كنت:

- دون سن ال١٦ عاما.
- سنك ٦٥ أو أكبر
- والد / والدة طفل عمره أقل من شهرين. يمكن أن تكلف بالقيام بأنشطة الدعم الأسري بمجرد أن يصبح عمر الطفل ستة أسابيع.
- العمل ٤٠ ساعة أسبوعيا.
- العناية بطفل أو زوج/ زوجة يعانون من إعاقة (ويعتمد هذا على احتياجات الشخص ودرجة مواظبة الطفل على المدرسة وانتظامه في حضور فصوله الدراسية بها).
- شخص يعاني من إعاقة أو قصور طبي في وظائف الجسم.
- تعرضت لموقف عنف أسري عانيت منه (تقوم إدارة الخدمات الانسانية بتقييم الموقف).

يمكن أن تعفى من قواعد عمل برنامج الإعانة الغذائية إذا:

- كان عمرك ٦٠ سنة أو أكبر
- كنت تقوم بنفسك برعاية طفل دون سن ٦ سنوات ويحصل على مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية على حالتك.
- تعمل لمدة ٣٠ ساعة أسبوعيا أو تحصل على الحد الأدنى للأجر عن العمل لمدة ٣٠ ساعة أسبوعيا على الأقل .
- المواظبة في مدرسة ثانوية أو برنامج تعليمي للبالغين أو برنامج دبلوم الكفاءة العامة (GED) ما لا يقل عن نصف الوقت.
- كنت مصاب، مريض، أو تقوم بنفسك برعاية فرد من أفراد الأسرة يعاني من إعاقة.
- كنتي حاملا في الشهر السابع وحتى التاسع
- كنت حاملا وتعاني من مضاعفات حمل
- متقديم بطلب لبرنامج الإعانة الغذائية في مكتب الضمان الاجتماعي.
- تمضي فترة العلاج من إدمان المخدرات أو الكحول أو فترة إعادة تأهيل .
- متقدم للحصول على مخصصات بطالة أو تحصل عليها بالفعل.
- رفعت استئناف على حكم رفض منحك إعالة بطالة.

سبب وجيه. يحق لك إدعاء وجود سبب وجيه إذا كنت تعتقد أنه يجب إعفائك من تطبيق قواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال العائلة، والإعانة النقدية للاجئين، و/أو برنامج الإعانة الغذائية. إذا كنت تعتقد أنك لديك سبب وجيه فيرجى الاتصال بأخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك على الفور. ملحوظة: قد تتغير دوافع الأسباب الوجيهة.

برنامج استقلال العائلة أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين أو برنامج الإعانة الغذائية - دوافع الأسباب الوجيهة:

- حدث غير متوقع أو عامل يمنعك من الامتثال لقواعد العمل واحترمها (على سبيل المثال، العنف الأسري، المعتقدات الدينية، الظروف الصحية الحرجة أو مخاوف من تعريض سلامتك للخطر، أو لظروف التشرد).
- المرض أو الإصابة.
- طلبت توفير خدمة رعاية طفل لم يتم تلبيتها.
- طلبت توفير خدمة انتقالات لم يتم تلبيتها.
- طول مدة الانتقالات بالمواصلات يوميا (لمدة تزيد عن ساعتين يوميا أو ثلاث ساعات يوميا مع القيام برعاية طفل).
- تركت وظيفة لتعمل بوظيفة أخرى مماثلة لها.
- طلبت منك وظيفتك القيام بأنشطة غير مشروعة قانونا.
- أصبحت عاجزا جسديا أو جسمانيا عن آداء وظيفتك.
- مارس صاحب العمل نوعا من التمييز ضدك بسبب عمرك، سُلالتك، معتقداتك الدينية، منشأك القومي، لونك، طولك، وزنك، حالتك الاجتماعية، جنسك، توجهاتك الجنسية، هويتك الجنسية أو أرائك ، توجهاتك السياسية، أو إعاقتك.
- تعمل لمدة ٤٠ ساعة أسبوعيا بالحد الأدنى للأجور على الأقل الذي حددته الولاية.
- لم يتم توفير مكان إقامة معقول.

لبرنامج الإعانة الغذائية فقط – قد يكون لديك سببا وجيها إذ كنت / أو كان:

- تم إرجاءك
- انتقلت للإقامة في مكان آخر لظروف عمل / تعليم أو تدريب فرد آخر من أفراد أسرتك.
- لديك وظيفة جيدة تشترط أن تتقاعد أو تنضم، أو تستقيل من أو تمتنع عن الانضمام لمنظمة أو اتحاد عمالي.
- لديك وظيفة جيدة تمر بظروف إضراب عن العمل أو في موقع غلقه أصحاب العمل في وجه العاملين فيه .
- لديك ظروف عمل غير معقولة أو مقبولة.
- عرضت عليك وظيفة خارج دائرة خبرتك ومعرفتك أثناء **أول ٣٠ يوما** بصفة مشترك عمل إجباري لبرنامج الإعانة الغذائية.
- لم يتمكن صاحب العمل من الوفاء بوعده تجاه شروط العمل

أشياء هامة يجب معرفتها

العقوبات، الخرق العمدي لشروط البرنامج أو النصب والاحتيال (FAP, FIP, SDA, CDC)

اتصل على رقم 800-222-8558 للإبلاغ عن أي جريمة نصب واحتيال في مخصصات الشؤون الإجتماعية ال "ولفير".

مخالفة البرنامج عن عمد هي عندما تقوم بتقديم بيان زائف أو مضلل، أو القيام بإخفاء، تزييف، أوبكتمان الحقائق عن عمد للحصول أو الاستمرار في الحصول على مخصصات إضافية.

النصب والاحتيال / مخالفة البرنامج عن عمد - إذا ساورتنا شكوك إيزاء قيامك بالنصب والاحتيال فقد نقوم بعقد جلسة محاكمة إدارية ونتهمك بجرائم جنائية أو نطلب منك أن تقوم طواعية بالتوقيع على اتفاقية الأهلية.

الاتجار ببرنامج الإعانة الغذائية - قد يتم إدانتك بجريمة النصب والاحتيال / مخالفة البرنامج عن عمد إذا قمت بالمتاجرة أو ببيع مخصصات برنامج الإعانة الغذائية أو بطاقة بريدج بشخصك أو على الإنترنت. لا يجوز أن تستخدم مخصصات برنامج الإعانة الغذائية أو بطاقة بريدج الخاص بأسرة أخرى لأسرتك، و لا يجوز أيضا استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية أو بطاقة بريدج لشراء أي شيء آخر بخلاف المواد الغذائية، الحبوب والنباتات لتزرع غذائك بنفسك ولأسرتك أيضا.

إذا ثبتت المحكمة بأنك مدان بجريمة النصب **والاحتيال:**

- سوف تطبق عليك العقوبات الجنائية (على سبيل المثال دفع غرامات تصل قيمتها حتى ٢٥٠ ٠٠٠ دولارا أمريكيا، السجن / الحبس لمدة تصل إلى ٢٠ عاما، أو توقيع كلا العقوبتين عليك). يمكن أن تدان بموجب القوانين الفيدرالية وتصدر المحكمة حكما بحرمانك من المخصصات لمدة ١٨ شهرا إضافيا؛ و
- تلزم برد وإعادة دفع قيمة المخصصات الزائدة التي حصلت عليها عن طريق النصب وبمخالفة البرنامج عن عمد و
- سوف يتم حرمانك من مخصصات برنامج إ ستقلال العائلة / برنامج إعانة الإعاقة من الولاية و/أو مخصصات برنامج الإعانة الغذائية – انظر الجدول أدناه.

إذا ثبت في جلسة محكمة إدارية أنك مدان بمخالفة البرنامج عن عمد أو قمت طواعية بالتوقيع على اتفاقية ألأهلية:

- سوف يتم حرمانك من مخصصات برنامج استقلال العائلة / برنامج إعانة الإعاقة من الولاية و/أو مخصصات برنامج الإعانة الغذائية – انظر الجدول أدناه، و
- يجب عليك إعادة دفع قيمة المخصصات الزائدة التي حصلت عليها بالنصب والاحتيال / بالخرق العمدي لشروط البرنامج.

العقوبات الخاصة ببرنامج رعاية نمو الطفل - قد ينتج عن خرق قواعد البرنامج حرمانك من مخصصات البرنامج لمدة ٦ أشهر أو ١٢ شهرا أو مدى الحياة.

إذا قمت بعمل أي شيء من الآتي: • إدلاء بيان زائف أو مضلل. • القيام بإخفاء، تزييف، أوكتمان الحقائق للحصول أو الاستمرار في الحصول على مخصصات. • الإتجار أو بيع مخصصات برنامج الإعانة الغذائية أو بطاقات بريدج بقيمة أقل من ٥٠٠ دولار بشخصك أو على الإنترنت. • استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لشراء أشياء غير مسموح بها مثل المشروبات الكحولية أو التبغ والتنباك. • استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية أو بطاقات بريدج الخاص بشخص آخر لأسرتك.	**سوف تفقد مخصصات برنامج استقلال العائلة/إعانة الإعاقة من الولاية و/أو مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لمدة:** • عام واحد للخرق الأول. • عامان للخرق الثاني. • مدى الحياة للخرق الثالث.
إذا كنت: • اتهمتك المحكمة أو ثبتت إدانتك في جلسة محاكمة إدارية بتهمة الكذب بشأن المعلومات الخاصة بهويتك أو المكان الذي تعيش فيه للحصول على المخصصات * عن حالتين أو أكثر في نفس الوقت.	**سوف تفقد مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لمدة:** • ١٠ سنوات.
إذا كنت : • أدانتك المحكمة بالكذب بشأن المعلومات الخاصة بهويتك أو المكان الذي تعيش فيه للحصول على مخصصات * عن حالتين أو أكثر في نفس الوقت. *مخصصات تشمل البرامج الممولة تحت مسمى IV-A بموجب قانون الضمان الاجتماعي، المديكيد ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي.	**سوف تفقد مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لمدة:** • ١٠ سنوات.
إذا ثبتت المحكمة إدانة أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة: • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية لجلب المخدرات.	**سوف تفقد مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لمدة:** • عامان عن للجرم الأولي. • مدى الحياة للجرم الثانية.
إذا ثبتت المحكمة إدانة أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة: • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية لجلب أسلحة ألية، ذخائر، أومفرقعات. • المتاجرة ،شراء أو بيع مخصصات برنامج الإعانة الغذائية التي تبلغ قيمتها ٥٠٠ دولار أو أكثر بشخصك أو على الإنترنت. • دفع ثمن غذاء تم شراءه عن طريق بطاقة الإئتمان (بالدين) من مخصصات برنامج الإعانة الغذائية. • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية لجلب أسلحة ألية، ذخائر، أومفرقعات. • المتاجرة ،شراء أو بيع مخصصات برنامج الإعانة الغذائية التي تبلغ قيمتها ٥٠٠ دولارا أو أكثر بشخصك أوعلى الإنترنت. • دفع ثمن غذاء تم شراءه ببطاقة ائتمان من مخصصات برنامج الإعانة الغذائية.	**سوف تفقد مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لمدة:** • مدى الحياة.

شكاوى عامة

يحق للعملاء تقديم شكاوى عامة عن الأمور الأخرى بخلاف حق التقديم، عدم التمييز، أو الدعوى لعقد جلسة محكمة. يمكن إرسال الشكاوى الخطية إلى:

Michigan Department of Human Services
Specialized Action Center
S. Grand Avenue 235
P.O. Box 30037
Lansing, MI 48909
أو اتصل على رقم 855-275-6424 أو 855-ASK-MICH.

الحقوق في عقد جلسة استماع

إذا لم توافق على قرار اتخذته إدارة الخدمات الانسانية برفض منحك المخصصات، أو تقليلها أو وقفها نهائيا؛ أو بسبب عدم القدرة على اتخاذ إجراء بالسرعة المعقولة فيحق لك طلب عقد جلسة استماع بالمحكمة. في أغلب الأحوال إذا تلقيت رسالة بخفض قيمة المخصصات التي تحصل عليها أو إلغاؤها وطلبت عقد جلسة استماع في المحكمة خلال ١١ يوما من التاريخ المقرر لحدوث هذا الإجراء، وسوف تستمر في الحصول على المخصصات حتى تعقد جلسة الاستماع بالمحكمة. يمكن أن يمثلك شخص آخر في هذه الجلسة مثل صديقك، أحد أقربائك، أو محاميك.

طلب عقد جلسة استماع في المحكمة:

- قدم، ارسل بالبريد أوالفاكس طلب خطي موقع لعقد جلسة استماع في المحكمة لمكتب إدارة الخدمات الانسانية التابع لك.*

* إدارة الخدمات الانسانية #١٨ متوفر على الإنترنت على الموقع الإلكتروني *www.michigan.gov/dhs-forms*.

- بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية فقط يمكنك طلب عقد جلسة استماع شفهيا، شخصيا أو عن طريق الهاتف.
- يجب أن تقوم أنت أووالديك، زوجك/زوجتك، محاميك، الوصي أو أمين الأموال المعينان من قبل المحكمة ، أو شخص آخر تحدده في إقرار موقع باسمك بالتوقيع على طلب عقد جلسة الاستماع.

سوف ترفض دائرة خدمات جلسات الاستماع الإدارية لولاية ميشيغان طلبك لعقد جلسة الاستماع إذا:

- استلمنا طلبك بعد أكثر من ٩٠ يوما بعد إرسالنا إخطار برفض، وقف، أو تخفيض حجم المخصصات التي تحصل عليها.
- لم يستطيع الشخص الذي وقع على طلب عقد جلسة الاستماع على تقديم أمر محكمة أو إقرارا موقع منك أنت شخصيا، ولم يكن محاميك ، زوجك/ زوجتك، أو أحد والديك.

إذا اعتقدت أننا نمارس نوعا من التمييز

""طبقا للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية ووزارة الصحة والخدمات الانسانية الأمريكية يحظر على هذه المؤسسة أن تمارس أي نوع من التمييز على أساس العرق، اللون، المنشأ القومي، الجنس، السن، أو الإعاقة. يحظر بموجب قانون القسائم الغذائية و سياسة وزارة الزراعة الأمريكية ممارسة أي نوع من التمييز على أساس العقيدة الدينية أو التوجهات السياسية. لتقديم شكوى من تمييز يمارس عليك اتصل بوزارة الزراعة الأمريكية أو وزارة الصحة والخدمات الانسانية الأمريكية ، واكتب على العنوان التالي: وزارة الزراعة الأمريكية، المدير، مكتب التحكيم، ١٤٠٠ شارع إندبندانس، س.و. ، واشنطن، العاصمة، ٩٤١٠ ـ٢٠٢٥٠

أو اتصل على الرقم المجاني 632-9992 – 866 (خدمة رسالة صوتية).

يمكن للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو مشاكل في التخاطب من الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة المكتب الفيدرالي على رقم 8339 – 877 – 800 أو على رقم 6136 – 845 – 800 (للغة الأسبانية). اكتب على العنوان التالي: وزارة الصحة والخدمات الانسانية الأمريكية ،المدير، مكتب الحقوق المدنية، مدير مكتب وزارة الصحة والخدمات الانسانية الأمريكية، ٢٣٣ شارع ميشيغان ن.، شقة ٢٤٠، شيكاغو، أي إل 60601 أو اتصل على الرقم 1019 – 368 – 800 (الرقم المجاني) 7697 – 537 – 800 (هاتف كتابي للصم والبكم) رقم فاكس: 1807 –886 –312.

"وزارة الصحة والخدمات الانسانية الأمريكية و وزارة الزراعة الأمريكية تتقيدان بتكافؤ الفرص في تقديم الخدمات والتوظيف."

العرق والإثنية

تعد الإجابة على الأسئلة الخاصة بالعرق والإثنية إختيارية، وإذا لم تجب عن هذه الأسئلة فلن تؤثر على أهليتك ولا على مستوى المخصصات والمساعدات التي تحصل عليها*. يتم جمع المعلومات للتأكد من أن مخصصات البرامج توزع دون النظر إلى العرق، اللون، أو المنشأ القومي.

* إذا اخترت عدم الإجابة على هذه الأسئلة فقد يقوم أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك باختيار إجابة لك.

**المواطنون وغير المواطنون / أرقام الضمان الاجتماعي

أرقام الضمان الاجتماعي وأوراق الهجرة غير مطلوبة لشخص من بين الآتي:

- لا يكون مقدماً للحصول على مساعدة.
- متقدم للحصول على خدمة رعاية طفل فقط (يجب أن تقدم رقم الضمان الاجتماعي للطفل ويجب أن يكون الطفل مواطن أمريكي أو إبراز أوراق الهجرة الخاصة به.)

سوف يستمر الأفراد المؤهلين من أسرتك في الحصول على المساعدات، وقد يتوجب عليك تقديم معلومات عن دخلك، وأصول كل فرد من أفراد أسرتك حتى ولو لم يتقدموا للحصول على مساعدة.

لن يؤثر حصولك على الإعانة االغذائية أو الإعانة في الحالات الطارئة وضع الهجرة الخاص بك، إذا كانت إقامتك غير قانونية فقد تؤثر على إمكانية بقاؤك في الولايات المتحدة الأمريكية.

بالنسبة لبعض البرامج يجب على الأشخاص الذين يطالبون بالحصول على الجنسية الأمريكية تقديم إثبات الجنسية والهوية أيضا. تشمل إثباتات الجنسية المقبولة على سبيل المثال لا الحصر الآتي: جواز السفر الأمريكي، شهادة التجنس، أو صورة قيد ميلاد أمريكية عامة تثبت أن محل ميلادك هو الولايات المتحدة أو في أي من الأراضي التابعة للولايات المتحدة.

بالنسبة للأشخاص الذين يحصلون على مخصصات دخل الضمان التكميلي ، أو الضمان الاجتماعي، أو المديكير، أو إعانة التبنّي؛ والأطفال في الرعاية البديلة "فوستر كير"، والأطفال حديثي الولادة الذين تم تسليمهم إلي السلطات عبر قانون"التسليم الآمن" فلا يجب عليهم تقديم إثبات جنسياتهم الأمريكية لبرامج إدارة الخدمات الانسانية.

الأشخاص ذوي الإعاقة

لا يجب عليك أن تحدثنا عن الإعاقات ولكن يمكن تقديم بعض المساعدة لأشخاص من ذوي الإعاقة. إذا كنت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك تعاني من إعاقة فيمكن أن نطبق بعض الاستثناءات أو نقدم لك مساعدة خاصة. إذا احتجت للمساعدة أخبر أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك، و إذا لم تخبرنا بإعاقتك الآن فيمكنك إخبارك بها لاحقا.

إذا رفض تقديم مساعدة خاصة لك أو تطبيق استثناء كنت بحاجة إليه بسبب الإعاقة وكنت تعتقد أن هذا الرفض خطأ فيمكن أن تقدم شكوى من ممارسة التمييز ضدك على العنوان التالي:

DHS, Americans with Disabilities Act Coordinator
P.O. Box 30037, Suite 715
Lansing, MI 48909
855-275-6424

العنف الأسري

يمكن أن نتنازل عن بعض شروط البرنامج (مثل العمل في وظيفة ، أو البحث عن وظيفة، السعي لإعالة طفل أو المواظبة على حضور الفصول الدراسية بالمدرسة) إذا كان الاشتراك سوف يؤدي إلى:

- تعرضك أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك لأذى جسماني أو معنوي.
- يجعلك عرضة للاستغلال الجنسي.
- يكون غير منصف لك.

يجوزلك قانونا الحصول على خدمات العنف الأسري الشاملة ، قم بالاتصال بمكتب إدارة الخدمات الانسانية بمنطقتك أو بأخصائي إدارة الخدمات الانسانية الخاص بك للحصول على المزيد من المعلومات أو للاستفادة من هذه الخدمات.

المصادر:

- موقع إلكتروني على الإنترنت: www.michigan.gov/domesticviolence.
- منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٨٥٩ "هل يوجد شخص يؤذيك أنت أو أولادك؟ (متوفر أيضا باللغة الأسبانية) – ومتاح على الموقع الإلكتروني على الإنترنت: www.michigan.gov/dhs-publications.

إذا كنت تحصل على مخصصات عشائرية

لا يمكنك الحصول على مخصصات غذائية من البرنامج العشائري لتوزيع الغذاء وبرنامج الإعانة الغذائية في نفس الوقت، كما أنه لا يمكنك الحصول على الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة العشائرية (إعانة نقدية) من عشيرة بالإضافة إلى المخصصات النقدية لبرنامج استقلال العائلة من إدارة الخدمات الانسانية في نفس الوقت.

يمكن للمنظمات العشائرية أن تحصل على تمويل لبرنامج دعم الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض من الحكومة الفيدرالية، والمبالغ المالية محددة بأكبر مبلغ مقدم من إدارة الخدمات الانسانية أو المنظمات العشائرية. من المقرر أن تطلب منك إدارة الخدمات الانسانية إثبات أي مبالغ مالية عشائرية لبرنامج دعم الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض التي تحصل عليها.

بطاقة بريدج

يمكن الوصول إلى الإعانة النقدية أو المخصصات الغذائية أو إلى كلاهما باستخدام بطاقة الدفع الفوري الذي يطلق عليه اسم " بريدج كارد" أو بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات.

قم بالاتصال بخدمة عملاء بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات على الرقم المجاني 8914 -678 - 888 لكي:

- يتم الإبلاغ عن بطاقة مفقودة أو مسروقة أو تالفة.
- طلب بطاقة بدل ضائع أو تالف (بعد استلامك لأول بطاقة بديلة يمكن تخفيض حجم المخصصات التي تحصل عليها لتغطية تكلفة إبدال أي بطاقات إضافية أخرى).

تطبق نفس هذه السياسة إذا كان لديك شخص أو شخصين من الأفراد التالية:

- شخص يمكنه الحصول على المخصصات النقدية الخاصة بك (المستفيد الاحتياطي)، أو
- شخص وافقت أن يقوم بشراء الغذاء لأسرتك (ممثل قانوني) بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية).

- يتم عمل / تغيير الرقم التعريف الشخصي.
- لمعرفة رصيد حسابك.

**انظر الصفحات من د – ه من هذا الكتيب.

اتفاقيات إعادة الدفع

بتوقيع استمارة طلب الإعانة، فأنت توافق على الأشياء التالية:

المبالغ المدفوعة دفعة واحدة والمخصصات المتراكمة فيما يتعلق ببرنامج (إعانة الإعاقة من الولاية وبرنامج استقلال العائلة الممول من الولاية)

إذا كنت تحصل على مخصصات برنامج إعانة الإعاقة من الولاية فأنت توافق على ردها وإعادة دفعها لإدارة الخدمات الانسانية إذا حصلت على الآتي:

- استلام دفعات كاملة من الأموال مثل أموال الميراث،أموال تسوية تأمينية ،إلخ. ،أو
- **المخصصات المتراكمة التي دفعت** بأثر رجعي مثل مخصصات البطالة أو تأمين تعويض العمال.

إذا كنت تحصل على **إعانة الإعاقة من الولاية أو مخصصات برنامج استقلال العائلة الممول من الولاية،** فأنت توافق على رد وإعادة دفعها لإدارة الخدمات الانسانية إذا كنت تحصل على مخصصات دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي.

أنت توافق على السماح لإدارة الضمان الاجتماعي أن تدفع لإدارة الخدمات الانسانية مبلغ الإعانة المموّل من الولاية الذي تلقيت بينما كانت مخصصات دخل الضمان التكميلي معلقة.

إذا تم إرسال أول مبلغ متراكم من المخصص لك فأنت توافق على أن تدفع لإدارة الخدمات الانسانية على الفور الإعانة الممولة من الدولة التي حصلت عليها بينما كان مطلبك الآخر مازالت معلق.

إذا كنت غير موافق على المبلغ الذي تحتفظ به إدارة الخدمات الانسانية، انظر " الحقوق بعقد جلسة الإستماع بالمحكمة".

معلومات عن أسرتك التي سيتم مشاركتها

بتوقيعك على استمارة طلب الإعانة فأنت توافق أن تقوم إدارة الخدمات الانسانية على مشاركة معلومات عنك وعن أسرتك مع آخرين، كما يمكن لوكالات أخرى أو أشخاص آخرين أن يقدموا معلومات عنك كما هو مذكور أدناه:

المعلومات التي ستحصل عليها إدارة الخدمات الانسانية من الآخرين

معلومات من إدرة الضمان الاجتماعي (لجميع البرامج) – أنت توافق على أن إدرة الضمان الاجتماعي قد تقوم بتقديم كل المعلومات اللازمة لتحديد أهليتك إلى إدارة الخدمات الانسانية.

هيئة مراقبة الجودة و/أو مكتب تحريات المفتش العام – يمكن أن تختار إدارة الخدمات الانسانية حالتك لتقوم بمراجعة ضوابط الجودة أو باستكمال عملية التحريات. إذا تم اختيار حالتك فستقوم إدارة الخدمات الانسانية بالاتصال بك وبأشخاص آخرين، أصحاب العمل و/ أو الوكالات الأخرى للتأكد من صحة المعلومات الواردة في طلب الإعانة الخاصة بك.

التأكد من تطبيق الأحكام القانونية (برنامج الإعانة الغذائية وبرنامج استقلال العائلة وبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية) - يمكن أن تقوم إدارة الخدمات الانسانية بتقديم معلومات أو الحصول عليها من موظفي تطبيق الأحكام القانونية بغرض القبض على الأشخاص الهاربين من تطبيق الأحكام القانونية عليهم.

معلومات عن فاتورة رعاية الطفل (برنامج رعاية نمو الطفل) – من المقرر أن يتم استخدام المعلومات المعطاة من مقدم رعاية الطفل الخاص بك لتحديد المبالغ المالية التي ستحصل عليها.

المراجعة المزدوجة بالكمبيوتر (لجميع البرامج) - سوف تقوم إدارة الخدمات الانسانية بمراجعة المعلومات الواردة في طلب الإعانة الخاصة بك مع الوكالات الفيدرالية، والوكالات الحكومية والخاصة للتأكد من صحتها .

يمكن أن تؤثر عملية التأكد من صحة المعلومات التي قدمتها على أهلية أسرتك واستحقاقها للإعانات ومستوى المخصصات التي تحصل عليها. يمكن أن تقوم إدارة الخدمات الانسانية بمراجعة الأجور، الدخل، الأصول، ومخصصات البطالة ومبالغ ضريبة الدخل المستردة ، أرقام مخصصات الضمان الإجتماعي، إعانة البطالة، وضع الهجرة، إلخ.

إذا قدمت معلومات غير مطابقة مع الواقع فسوف تقوم إدارة الخدمات الانسانية بالتحقق لمعرفة المعلومات الصحيحة، وقد يطلب منك إذن للاتصال بأصحاب العمل، البنوك، أو أشخاص اخرى.

سوف تقوم إدارة الخدمات الانسانية بالتحقق من السجلات الواردة من الولايات الأخرى، و قد يرفض تقديم أي مخصصات لك في ولاية ميشيغان إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك قد حرمت من الحصول على هذه المخصصات في ولاية أخرى.

المعلومات التي ستقدمها إدارة الخدمات الانسانية للآخرين

معلومات الأهلية (برنامج الإعانة الغذائية) – ستقوم إدارة الخدمات الانسانية بإرسال معلومات الأهلية لبرنامج الإعانة الغذائية إلى المدارس، و سوف تمكن هذه المعلومات طفلك (أطفالك) من الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

برنامج رعاية ونمو الطفل – سوف يتم إرسال إشعاراً إلى مقدم رعاية الطفل الخاص بك عندما:

- تم الموافقة على برنامج رعاية ونمو الطفل واعتماده.
- حدثت تغيرات أثرت على أهليتك للاستفادة ببرنامج رعاية ونمو الطفل.
- انتهت فترة أهليتك للاستفادة ببرنامج رعاية ونمو الطفل.

الأجانب المقيمون إقامة غير شرعية - ستقوم إدارة الخدمات الانسانية بإرسال معلومات عن بعض الأجانب المقيمين إقامة غير شرعية لوزارة الأمن القومي.

معلومات استقصائية – يمكن الاتصال بك للحصول على معلومات استقصائية للمساعدة في تقييم جودة برامج إدارة الخدمات الانسانية وخدمة العملاء.

مراجع المواقع الإلكترونية

- **التعليم المهني وبرامج العمالة :** *www.michigan.gov/mdcd*
- **طلب لمقدم رعاية غير مرخص لنمو ورعاية الطفل:** *www.michigan.gov/childcare*
- **الحسم الضريبي على أساس الدخل المكتسب:** *www.michiganeic.org*
- **برنامج إعانة الطاقة:** *www.michigan.gov/heatingassistance*
- **أدوات الفحص الآلي للأسرة:** *www.michigan.gov/fast*
- **أداة الفحص المسبق لأهلية برنامج خدمات الإعانة و الإحالة لولاية ميشغيان :** *www.michigan.gov/mars*

ملحوظة: لمعرفة ما إذا كنت مؤهلا لأي برنامج من برامجنا يمكنك زيارة موقعنا الإلكترونية MARS . سوف يطلب منك تقديم معلومات عن أسرتك وأفرادها التي ستساعد في تحديد استحقاقك لها من عدمه.

- **إدارة ميشغيان للصحة المجتمعية :** *www.michigan.gov/mdch*
  - **مكتب خدمات للمسنين :** *www.michigan.gov/osa*
  - **برنامج النساء والرضع والأطفال:** *www.michigan.gov/wic*
- **إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان :** *www.michigan.gov/dhs*
  - **التقديم لطلب الإعانة** *www.michigan.gov/dhs-applicationprocess*
  - **الإعانة النقدية** *www.michigan.gov/dhs-cash*
  - **الإعانة النقدية – دخل الضمان التكميلي** *www.michigan.gov/dhs-ssi*
  - **إعالة الطفل** *www.michigan.gov/childsupport*
  - **مكاتب إدارة الخدمات الانسانية بالمقاطعات** *www.michigan.gov/dhs-countyoffices*
  - **نماذج واستمارات إدارة الخدمات الانسانية** *www.michigan.gov/dhs-forms*
  - **سياسات وكتيبات الإجراءات الخاصة بإدارة الخدمات الانسانية** *www.michigan.gov/dhs-manuals*
  - **الخدمات الطارئة** *www.michigan.gov/dhs-ser*
  - **الإعانة غذائية** *www.michigan.gov/foodstamps*
- **مصادر المعلومات عن الإعاقة بولاية ميشيغان:** *www.michigan.gov/disabilityresources*

المنشورات

اطلب من أخصائي إدارة الخدمات الانسانية الحصول على أي منشور ترغب في اقتناؤه من المنشورات الآتية المتوفرة على الموقع الإلكتروني: www.michigan.gov/dhs-publications.وبعضها متوفر أيضا باللغة الأسبانية.

- **إعالة الطفل**

الفهم الجيد لإعالة الطفل : كتيب للآباء (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٧٤٨) (متوفر باللغة الأسبانية)

كل ما يحتاج الآباء معرفته عن تثبيت الأبوة (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٧٨٠) (متوفر باللغة الأسبانية)

الأبوة : تحمل المسؤولية الأبوية لطفلك (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٨٠٦)

اختبار نسب الأبوة بالحمض النووي : الأسئلة والأجوبة (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٨٦٥) (متوفر باللغة الأسبانية)

- **حسم التدفئة المنزلية**

إشعار إلى المتلقين المحتملين لحسم التدفئة المنزلية : الأسئلة والأجوبة (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٧٨٨) (متوفر باللغة الأسبانية)

- **الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية**

أنت وفواتير الطاقة الخاصة بك (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٦٣١)

يمكن لإدارة الخدمات الانسانية مساعدتك في الحصول على اعانات مؤقتة (منشور إدارة الخدمات الانسانية رقم ٧٨٣)