

# كتيب المعلومات

## أشياء مهمة حول البرامج والخدمات

Michigan Department of Health and Human Services

احرصوا على قراءة هذا الكتيب قبل أن توقعوا اسمكم على طلب الإعانة/استمارة إعادة التقرير.

---

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, genetic information, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability.

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) لا تميز إدارة الخدمات الصحية و الانسانية لولاية ميشيغان ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة

## جدول المحتويات

---

### تفاصيل البرنامج

4	رعاية صحية	
10	غذاء	
16	نقود	
22	رعاية الأطفال	
26	المسؤوليات المترتبة عليكم	
30	حقوقكم	
34	الموارد	
37	تفاصيل الخصوصية	
39	العقوبات الجزائية	

# تغطية الرعاية الصحية

## لمحة عامة

تقدّم تغطية الرعاية الصحية المساعدة في دفع التكاليف التالية:

- خطط التأمين الصحي الميسورة التكلفة التي يمكن شراؤها من شركات التأمين الخاصة وتقدّم تغطية صحية شاملة.
  - استحقاق ضريبي (Tax Credit) جديد الذي يمكن أن يساعدكم على الفور في دفع أقساط التأمين للتغطية الصحية.
  - تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من أيّ من البرامج التالية: Medicaid (مديكيد)، Healthy Michigan Plan (خطة ميشيغان الصحية)، أو MiChild (برنامج التأمين الصحي الخاص بالأطفال).
- قد يكون هناك برنامجاً متاحاً لكم بتغطية صحية أفضل أو تكاليف أقل، حتى ولو كان لديكم تأمين صحي.

هل استهلكتم بأي شكل من الأشكال ماء من شبكة مياه فليننت (Flint Water System) وكنتم تعيشون أو تعملون أو كانوا أطفالكم يتلقون الرعاية في إحدى دور رعاية الأطفال، أو تتعلّمون أو يتعلم أطفالكم في مكان من الأماكن التي كانت تخدمها شبكة مياه فليننت من شهر إبريل عام 2014 حتى هذا اليوم؟ إذا كان جوابكم بنعم، فقد ترغبون أن تقدموا طلباً لتغطية الرعاية الصحية على الموقع الإلكتروني التالي: [www.michigan.gov/mibridges](http://www.michigan.gov/mibridges) أو تطلبون نموذج DCH-1426، طلب التغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف (Application for Health Coverage & Help Paying Costs).



## مَنْ يكون لهم الأهلية؟

هناك عدداً من برامج الرعاية الصحية في ميشيغان متاحة للأطفال والأشخاص البالغين والأسر.

- يجب عليكم استخدام الطلب لتقديم طلب لأحد أفراد أسرتم.
- قدّموا طلباً حتى ولو كان لديكم أو لدى طفلكم تغطية صحية. يمكن أن يكون لكم أهلية الحصول على تغطية ذات تكلفة قليلة أو مجانية.
- يمكن للأسر التي من بين أفرادها مهاجرين تقديم طلب لهم. يمكنكم تقديم طلب لطفلكم حتى إذا لم يكن لكم أهلية الحصول على تغطية لأنفسكم. لن يؤثر تقديمكم للطلب على وضع الهجرة التي تكونوا مؤهلين لها أو على احتمال حصولكم على الإقامة الدائمة أو الجنسية الأمريكية. علماً، أنه يمكن أن يتم التبليغ عن الأفراد بدون إقامة قانونية إلى قوى إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك (United States Immigration and Customs Enforcement التي تعرف باسمها المختصر ICE)

يجب على الآباء والأمهات الذين يقدمون طلب تغطية الرعاية الصحية لأنفسهم، وليس لأطفالهم، تقديم إثبات بأن لدى الأطفال تغطية موثوق بها، حتى يكونوا لهم أهلية الحصول على التغطية. إن التغطية الموثوق بها هي تغطية تأمين صحي تحت أي من التغطيات التالية: خطة صحية جماعية؛ تأمين صحي للأشخاص على أساس فردي؛ تأمين صحي للطلاب؛ Medicare (مديكير)؛ Medicaid (مديكيد)؛ CHAMPUS (تشمبوس) و TRICARE (ترايكير)؛ The Federal Employees Health Benefits Program (برنامج المنافع الصحية للموظفين الفيدراليين)؛ Indian Health Service (الخدمات الصحية للقبائل الهندية)؛ The Peace Corps (سلك السلام)؛ Public Health Plan (خطة صحية عامة) (أي خطة صحية تقوم الولاية أو حكومة الولايات المتحدة الأمريكية أو أي دولة أجنبية بتأسيسها أو صيانتها)؛ Children's Health Insurance Program (برنامج التأمين الصحي للأطفال، الذي يُعرف باسمه المختصر CHIP)؛ أو إحدى مجموعات التأمين الصحي لذوي المخاطر العالية التابع للولاية (State Health Insurance High Risk Pool).

## مَنْ يتطلب مني شملهم في الطلب/إعادة التقرير؟

يجب عليكم تعبئة الطلب لكل شخص من أفراد أسرته وأفراد منزلهم حتى ولو كان لأيّ منهم تغطية صحية فعلاً. سنتأكد بفضل المعلومات التي تقدمونها في هذا الطلب من حصول كل فرد على أفضل تغطية ممكنة.

في حال قيام شخص بالغ بتقديم طلب للحصول على تغطية، فعليكم شمل جميع الأشخاص التاليين (حتى إذا كانوا لا يقدمون لأنفسهم طلباً لتغطية الرعاية الصحية):

- كل زوج/زوجة.
- كل ابن أو ابنة، بما فيهم أولاد الزوج أو الزوجة من زواج سابق الذين يعيشون معكم وتقل أعمارهم عن 21 عاماً.
- كل شخص آخر يظهر اسمهم على نفس عائدات ضريبة الدخل الفيدرالي (بمن فيهم كل الأولاد الذين تتجاوز أعمارهم 21 عاماً ويتم احتسابهم كمعالين على الإقرار الضريبي الخاص بالوالد/الوالدين). لا يتوجب عليكم تقديم الضرائب [إلى هيئة الضرائب] لكي تحصلوا على التغطية الصحية.

في حال قيامكم أو قيام طفل دون سن الـ 21 عاماً بتقديم طلب للحصول على تغطية، فعليكم شمل جميع الأشخاص التاليين (حتى إذا كانوا لا يقدمون لأنفسهم طلباً لتغطية الرعاية الصحية):

- كل والد من الوالدين (أو زوج الأم أو زوجة الأب) الذي يعيش الطفل معهم.
- كل أخ أو أخت الذي يعيش الطفل معهم.
- كل ابن أو ابنة، بما فيهم أولاد الزوج أو الزوجة من زواج سابق الذي تعيش الطفل معهم.
- كل شخص آخر يظهر اسمهم على نفس عائدات ضريبة الدخل الفيدرالي. لا يتوجب عليكم تقديم الضرائب [إلى هيئة الضرائب] لكي تحصلوا على التغطية الصحية.

للحصول على مساعدة في تعبئة الطلب، تفضلوا بزيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان التالي: [www.michigan.gov/mibridges](http://www.michigan.gov/mibridges)، أو الاتصال هاتفياً بخط المساعدة لشؤون الطلب على الرقم 855-276-4627. كما يمكنكم الاتصال هاتفياً بخط مساعدة المستفيدين (Beneficiary Help Line) على الرقم 800-642-3195 أو الرقم 866-501-5656 للذين يستخدمون TTY (المبرقة الكاتبة).

لشراء التأمين الصحي من خلال سوق التأمين (Marketplace)، عليكم زيارة الموقع الإلكتروني التالي: [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)



## كيف يتم احتساب المخصصات؟

يعتمد مبلغ الإعانة التي تتلقونها أو نوع البرنامج الذي لكم أهليّة الاشتراك فيه على عدد الأشخاص في أسرّتكم ومقدار دخلهم. لا يمكن أن تتأثّر أهليّتكم في الحصول على الإعانة إذا لم تقوموا بشمل شخص ما في طلبكم، حتى ولو كان لدى ذلك الشخص تغطية صحية فعلاً.

## سياسات إضافية للبرنامج تجديد التغطية في السنوات القادمة

يمكنكم أن توافقوا على إعطاء الإذن لكل من Marketplace (سوق شراء التأمين الصحي "ماركت بليس") و State of Michigan (ولاية ميشيغان) لاستخدام بيانات الدخل الخاصة بكم بما فيه المعلومات من إقراراتكم الضريبية وذلك لتسهيل تحديد أهليّتكم في الحصول على إعانة مالية لدفع التغطية الصحية في السنوات القادمة. ستقوم كل من Marketplace وولاية ميشيغان بإرسال إشعار لكم، يجيز لكم إجراء أي تغييرات بهذا الصدد، كما يمكنكم الانسحاب من هذا في أي وقت.

### في حال كان أيّ من الأشخاص المذكورين على هذا الطلب محقّقاً للحصول على مساعدة من برامج الـ Medicaid (مديكيد)، أو Healthy Michigan Plan (خطة ميشيغان الصحية)، أو MIChild.

إنكم تعطون MDHHS الحقوق في الملاحقة وتحصيل أي مبالغ مالية من شركات التأمين الصحية الأخرى أو من تسويات قضائية أو من أطراف أخرى. كما تعطون MDHHS أيضاً الحقوق لملاحقة نفقة الإعالة الطبية وتحصيلها ممن يستحق عليهم دفعها من أحد الزوجين أو الوالدين. إذا كنت تعتقدون أن تحصيل نفقة الإعالة الطبية من أحد الزوجين أو الوالدين سيلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك. قد يكون لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم.

لي تدعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن.

### استرداد النفقات التي يصرها برنامج الـ Medicaid (مديكيد) من التركة (الإعانة الطبية - الرعاية الطويلة الأجل)

إنكم تفهمون، أنه عند وفاتكم، لدى MDHHS الحق القانوني للسعي في استرداد المدفوعات التي دفعها برنامج الـ Medicaid (مديكيد) لقاء الخدمات من تركتكم (بما في ذلك المدفوعات التي قامت بدفعها Healthy Michigan Plan). وهذا يعني أنه سيتم استهلاك كل تركتكم أو جزءاً منها لاسترداد المدفوعات التي تم دفعها. لن تسعى MDHHS أن تسترد أموالها من التركة بينما يكون هناك زوجاً يخلف المتوفية قانونياً/ زوجة تخلف المتوفي قانونياً أو طفلاً يخلف المتوفي/المتوفية قانونياً دون سن الـ 21 عاماً أو أعمى أو ذوي الإعاقة. تتألف التركة من ممتلكات عقارية وشخصية. وفي حال حصولكم على أصول مهيمة (ممتلكات مهيمة) (Asset Disregard) لسبب عائد إلى سياسة الشراكة المعنوية بالرعاية الطويلة الأجل، فسيتم التغاضي عن جزء من المبلغ المطلوب عملاً باسترداد المدفوعات من التركة (Estate Recovery). وفي حال حصولكم على أصول مهيمة (ممتلكات مهيمة) لسبب عائد إلى سياسة الشراكة المعنوية بالرعاية الطويلة الأجل، فسيسري الاسترداد من التركة على جميع الممتلكات سواء كانت خاضعة لإثبات صحة الوصية أو لا. لا يسري الاسترداد من التركة إلا على متلقين معينين من برنامج الـ Medicaid (مديكيد) و Healthy Michigan Plan (خطة ميشيغان الصحية) الذين تلقوا الخدمات بعد تاريخ سريان قانون Estate Recovery (الاسترداد من التركة). قد توافق MDHHS على عدم ملاحقتكم بخصوص استرداد المدفوعات من التركة في حال وجود صعوبات لا مبرر لها.





يتوجب تقديم طلب لأجل تحديد ما إذا كان مقدم الطلب مؤهلاً للحصول على إعفاء (تنازل) من مشقة لا مبرر لها (Undue Hardship Waiver). علماً أن هذه الإعفاءات من مشقات لا مبرر لها هي إعفاءات مؤقتة. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن الاسترداد من التركة أو لطلب التماس مشقة لا مبرر لها، عليكم الاتصال هاتفياً بالرقم 800-642-3195.

### تنسيق برامج ومقدمي الرعاية الصحية (برنامج الإعانة الطبية - MA)

يعتمد برنامج الإعانة الطبية التابع للولاية على عدد كبير من برامج الرعاية الصحية المدارة وبرامج الصحة العقلية وبرامج علاج إساءة استخدام المواد المخدرة ومقدمي الرعاية من القطاع الخاص لتقديم رعاية ذات نوعية إلى أفراد مثلكم. ولكي نتأكد من حصولكم على أعلى مستوى من الرعاية وأن منافعكم منسقة، فقد يتبادل مقدمو الرعاية في البرنامج معلومات عن رعايتكم (أو رعاية طفلكم أو مَنْ يكون في عهدتكم) مع مقدمي رعاية آخرين في البرنامج، وذلك عندما يتطلب الأمر إلى تبادل مثل هذه المعلومات والاستشارة لأغراض طبية سريرية.

### معلومات عنكم أو عن طفلكم أو مَنْ يكون في عهدتكم (برنامج الإعانة الطبية - MA)

قد يتم تبادل المعلومات الضرورية بين الخطط والبرامج الصحية المشتركة فيها. قد يتبادل المسؤولون في الخطط الصحية والبرامج الصحية ومقدمو الرعاية الصحية القائمون بتوصيل الرعاية لكم معلومات ضرورية عنكم لأجل إدارة وتنسيق شؤون رعايتكم ومنافعكم الصحية. وقد تشمل هذه المعلومات التي يتم تبادلها، عندما يتطلب الأمر لذلك، معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ومرض الإيدز (AIDS) والأمراض المعقدة المرتبطة بالإيدز (ARC) أو غيرها من الأمراض السارية، ومعلومات عن خدمات الصحة السلوكية أو العقلية، والإحالة إلى أو علاج تعاطي الكحول والمخدرات على النحو المسموح به بموجب مدونة الأنظمة الفيدرالية 42 CFR Part 2.

### لديكم حق الاستئناف (الطعن)

إذا كنتم تظنون أن أحداً في Health Insurance Marketplace (سوق التأمين الصحي) أو برنامج الـ Medicaid (المديكيد) أو Healthy Michigan Plan (خطة ميشيغان الصحية) أو برنامج MICHild قد أرتكب خطأ ضدكم، فيمكنكم أن تستأنفوا قرارهم. عندما تتقدمون باستئناف فهذا يعني أنكم تقولون لأحد في Health Insurance Marketplace أو Medicaid أو Healthy Michigan Plan أو MICHild بأنكم تعتقدون أن الإجراء الذي سيُتخذ ضدكم هو إجراء خاطئ وأنكم تلتمسون مراجعة عادلة لذلك الإجراء. عليكم الاتصال هاتفياً بـ Marketplace على الرقم 800-318-2596 أو الاطلاع على "الموارد" للحصول على تفاصيل حول كيفية التماس جلسة استماع.

# برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

## لمحة عامة

يقدم برنامج الإعانة الغذائية (FAP) مخصصات لشراء المواد الغذائية أو زرعها لأفراد منزلکم.

## مَنْ يكون لهم الأهلية؟

قد يكون لكم أهلية الاشتراك في برنامج الإعانة الغذائية إذا كنتم من ذوي الدخل المنخفض وكان لديكم 5,000 دولار أو أقل من الأصول.

## مقابلات

يتم إجراء معظم مقابلات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) عبر الهاتف. ومع ذلك، يمكنكم أن تطلبوا إجراء مقابلة شخصية معكم. إذا كنتم تقدمون أيضاً طلب إعادة التقديم للحصول على إعانة نقدية، فيجوز أن يُحدد موعد لكم لإجراء مقابلة شخصية معكم.



## كيف يتم احتساب المخصصات؟

يستند كلٌّ من الأهلية واحتساب مبالغ المخصصات إلى عدد الأشخاص في أفراد منزلكم المشتركين في برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وإلى دخل أفراد منزلكم (ناقص بعض الاقتطاعات والنفقات المسموح بها).

### تشمل الاقتطاعات من الدخل القابلة للاحتساب التالي:

- 20 بالمائة من الدخل المكتسب؛ و
- اقتطاع قياسي استناداً إلى عدد الأشخاص في مجموعتكم التي ستكون في برنامج الإعانة الغذائية (FAP).

### تشمل النفقات المسموح بها التالي:

- النفقات الطبية التي لا تقوم أطراف أخرى بدفعها وتزيد قيمتها الشهرية عن 35 دولار (يقصر هذا على الأشخاص في سن الـ 60 عاماً أو أكثر، أو المحاربين القدامى ذوي الإعاقة، أو الأشخاص ذوي الإعاقة).
- بعض تكاليف السكن والمرافق العامة.
- بعض تكاليف رعاية الأطفال وتكاليف رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة.
- نفقة إعالة الأطفال المأمور دفعها بأمر من المحكمة لأحد لا يكون من أفراد المنزل.

سيُنظر إلى عدم التبليغ عن أي من النفقات المدرجة أو تقديم إثبات بها بأنكم لا تريدون أن تحصلوا على اقتطاع لنفقات غير مبلّغ عنها أو مقدّم إثبات بها. يجب استلام الإثباتات في غضون 10 أيام.

أحرصوا أن تعلمونا على طلبكم/إعادة التقرير إذا تلقّيتم في السنة الأخيرة استحقاق التدفئة المنزلية (Home Heating Credit) التي تعرف باسمها المختصر (HHC) أو دفعة من برنامج إعانة الطاقة من ولاية ميشيغان (Michigan Energy Assistance Program Payment) التي تعرف باسمها المختصر (MEAP) يزيد مقدارها عن 20 دولار. إذا لم تعلمونا عن الاستحقاق، سنفترض بأنكم لا تريدون الحصول على اقتطاع لأجل نفقات التدفئة.

## ما هي المسؤوليات المترتبة عليّ تجاه البرنامج الذي أحصل على إعانة منه؟

### 1. التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل (Child Support) لتزويده بالمعلومات

ستقوم MDHHS بتسجيلكم في برنامج شؤون نفقة إعالة الأطفال وذلك إذا كان في بيتكم طفلاً يتلقّى الإعانة الغذائية ولا يعيش أحد والديّ الطفل أو كلاهما في بيتكم. وعند اللزوم لذلك، ستساعدكم خدمات شؤون نفقة إعالة الأطفال على تحديد الأبوة وتأسيس هوية الأب القانوني لطفلكم و/أو استصدار أمر نفقة الإعالة لطفلكم. سيرسل لكم المكتب المعني بشؤون نفقة إعالة الأطفال (Office of Child Support) رسالة تحتوي على توجيهات. يجب عليكم مساعدة الأخصائيين في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولين عن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم من خلال (1) إعطائهم المعلومات التي يطلبونها و (2) حضور المواعيد بشأن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم.

إذا لم تقدموا لهم المساعدة المطلوبة منكم، فيجوز أن تخسروا جزءاً من مخصصات إعانتكم الغذائية أو كلها. وإذا كنتم تعتقدون أن المساعدة في شؤون حالتكم سيلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك. سيقدر الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS إذا كان لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم. إن الاغتصاب وزنا المحارم وسوابق الاعتداء والانتهاك هي بعض الأمثلة عن أسباب لمبررات وجيهة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى.

لكي تدعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن.

### 2. تقيّدوا بقواعد العمل

سيتم تسجيل كل فرد من أفراد المجموعة الذين لا يستوفون الحصول على استثناء لقواعد العمل (أنظروا أدناه) للعمل وقد يتطلب منهم أداء أنشطة عمل محددة بما فيها التعاون مع أنشطة التوظيف والتدريب. تختلف متطلبات العمل المحددة لكم استناداً سواءً كنتم تتلقون الإعانة النقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) أو لديكم مخصصات لفترة زمنية محدودة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) (إذا كنتم تتلقون مخصصات نقدية وغذائية معاً، فعليكم عندها التقيّد بقواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال الأسرة - FIP).

إذا كنتم تعملون فعلاً في عمل، فلا يُسمح لكم القيام بالتالي:

- أن تتركوا وظيفة عمل تعملون فيها 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع دون وجود مبرر وجيه لديكم.
  - أن تقللوا طوعاً من ساعات عملكم لتكون أقل من 30 ساعة في الأسبوع دون وجود مبرر وجيه لديكم.
- إذا كنتم عاطلون عن العمل أو تعملون في عمل أقل من 30 ساعة في الأسبوع، فلا يُسمح لكم القيام بالتالي:
- أن ترفضوا قبول عرض عمل مناسب يتم عرضه عليكم.
  - أن ترفضوا المشاركة في أنشطة متعلقة بالتوظيف التي يجب عليكم القيام بها لتلقي المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP).



## ماذا يحدث إذا لم أتقيد بقواعد العمل؟

إذا كنتم تتلقون مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ولم تتقيدوا بقواعد العمل دون تقديم مبرر وجيه لذلك، فسيتم توقيف صرف المخصصات لكم أو تخفيضها لشهر واحد على الأقل (للمرة الأولى) ولستة أشهر (لكل مرة بعد ذلك). تشمل الأسباب لمبررات وجيهة التالي:

- عدم استيفاء قواعد العمل بسبب واقعة غير مخطط لها أو عامل غير مخطط له لا يسمح لكم ذلك (على سبيل المثال، عنف أسري، ديانة، مخاطر صحية أو سلامة وأمان).
  - مرض أو إصابة.
  - عدم وجود خدمات رعاية للأطفال كافية
  - عدم وجود وسائل نقل كافية
  - استغراق وقت طويل للذهاب إلى العمل والإياب منه (أكثر من ساعتين في اليوم أو أكثر من ثلاث ساعات يومياً مع رعاية الأطفال).
  - تركتكم وظيفتكم للعمل في وظيفة مماثلة لها.
  - فرضت عليكم وظيفتكم ارتكاب أنشطة مخالفة للقانون.
  - غير قادرين جسدياً أو عقلياً للقيام بمهام وظيفتكم.
  - قام صاحب العمل الذي تعملون عنده بالتمييز ضدكم على أساس العمر، أو العرق، أو الديانة، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.
  - تعملون 40 ساعة في الأسبوع بأجر لا يقل عن حد الأجر الأدنى بالولاية.
  - لم يتم تقديم مواءمات (وسائل مساعدة) معقولة لكم.
  - حصلتكم على تأجيل.
  - انتقلتم من سكنكم بسبب وظيفة عمل أو تعليم أو تدريب أحد أفراد منزلكم.
  - تفرض عليكم وظيفتكم أن تتقاعدوا أو تتركوا أو تستقيلوا أو تمتنعوا عن الاشتراك في نقابة عمال أو منظمة.
  - تعملون في مؤسسة فيها إضراب عن العمل أو في حالة منع العمال من الدخول إلى مكان العمل.
  - تواجهون ظروف عمل غير معقولة.
  - عُرض عليكم وظيفة خارج نطاق خبرة عملكم خلال الـ 30 يوماً الأولى بوظيفتكم مشترك في برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ملزم على العمل
  - لم يقدر صاحب العمل على الوفاء بتشغيلكم عندهم.
- إذا كنتم تظنون أن لديكم سبب لمبرر وجيه، فعليكم الاتصال فوراً بالأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS.

## ما هي الاستثناءات من قواعد العمل؟

قد يُعفى بعض الذين يتلقون الإعانة الغذائية من قواعد العمل، وإذا كنتم تظنون أنه ينبغي إعفاؤكم من قواعد العمل، فيجب عليكم أن تتحدثوا مع الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS.

قد تحصلون على إعفاء من قواعد العمل الخاصة ببرنامج الإعانة الغذائية (FAP) إذا كنتم:

- دون سن الـ 16 عاماً.
- في سن 60 عاماً أو أكثر.
- تقدمون بأنفسكم العناية لطفل دون سن السادسة (6).
- تعملون 30 ساعة في الأسبوع أو تكسبون أجراً لا يقل عن حد الأجور الفيدرالي الأدنى ضرب 30 ساعة في الأسبوع.
- تداومون في مدرسة ثانوية أو برنامج تعليمي للبالغين أو برنامج دبلوم تنمية التعليم العام (GED).
- غير صالحين للعمل من النواحي الجسدية والعقلية.
- تقدمون بأنفسكم العناية لشخص عاجز.
- تقدمون طلباً لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) في أحد مكاتب الضمان الاجتماعي.
- مسجلون في برنامج علاج أو إعادة تأهيل سوء استخدام المواد المخدرة.
- تقدمون طلباً للحصول على مخصصات البطالة.
- تستأنفون قرار رفض إعطائكم مخصصات البطالة.

قد تتغير أسباب إعطاء الإعفاء.



## قواعد الإعانة الغذائية المصروفة لوقت محدد

قد تسري عليكم حدود زمنية ومتطلبات عمل خاصة وذلك إذا كنتم:

- شخصاً بدون إعاقة؛
- لا يقل عمركم عن 18 عاماً ودون سن الـ 50 عاماً؛ و
- تعيشون في منزل لا يعيش فيه أطفال دون سن الـ 18 عاماً (بغض النظر إذا كان الأطفال من أقاربكم أو لا).

لا تسري الحدود الزمنية دائماً، لهذا عليكم الاستفسار من الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS.

# الإعانة النقدية

## لمحة عامة

إن الهدف الرئيسي لبرامج الإعانة النقدية هو لمساعدة الأسر لتصبح قادرة على دعم نفسها بنفسها وتصبح مستقلة بحد ذاتها.

- إن برنامج استقلال الأسرة (Family Independence Program) الذي يعرف باسمه المختصر (FIP) هو برنامج إعانة نقدية مؤقتة للنساء الحوامل أو الأسر التي لديها أطفال قاصرون.
- يقدم برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (State Disability Assistance) الذي يعرف باسمه المختصر (SDA) الإعانة النقدية للأشخاص البالغين ذوي الإعاقة، أو للقائمين بالعتاية الذين يعيشون مع الذين يقدمون العتابة لهم، أو أشخاص في ترتيبات معيشة خاصة، أو أشخاص في سن 65 عاماً وأكبر سناً من ذلك.

## مَن يكون مؤهلاً؟

قد يكون لكم أهلية الحصول على إعانة نقدية من إحدى برامج الإعانة النقدية إذا كنتم من ذوي الدخل المنخفض، وكان لديكم 3,000 دولار أو أقل من الأصول السائلة، و 200,000 دولار أو أقل من الأصول العقارية.

**برنامج استقلال الأسرة (FIP):** قد يكون لكم أهلية الحصول على إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) إذا كنتم إما امرأة حامل أو أحد الوالدين أو الوصي القانوني أو قريب يقوم بمقام والد(ة) لطفل دون سن الـ 18 عاماً (أو طالب في المرحلة الثانوية في سن 18 عاماً). لا يمكنكم الحصول على إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) لأكثر من الحد الزمني الفيدرالي لمدة 60 شهراً أو لحد 48 شهراً على مدى الحياة الذي تفرضه الولاية ما لم يكن لكم أهلية الحصول على استثناء أو إعفاء شهري (استفسروا عن التفاصيل من الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS). ويشمل ذلك أي إعانة نقدية قد حصلتم عليها من ولاية أخرى.





**برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA):** قد يكون لكم أهليّة الحصول على إعانة نقدية من برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) إذا لم يكن لكم الحق في الحصول على إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) شرط أن تكونوا في سن 65 عاماً أو أكثر، أو ذوي إعاقة دائمة أو مؤقتة، أو تعتنون بشخص ذوي إعاقة يعيش معكم. يجوز اعتبار الأفراد معاقين إذا كانوا:

- في سن 65 عاماً أو أكثر.
- غير قادرين على العمل لمدة 90 يوماً أو أكثر بسبب حالة طبية.
- يتلقون حالياً مخصصات من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income) الذي يعرف باسمه المختصر (SSI) أو مخصصات الإعاقة من مصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security Disability).
- يتلقون حالياً الإعانة الطبية استناداً إلى إعاقة أو عي.
- يتلقون حالياً خدمات تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة.
- يتلقون حالياً خدمات إعادة التأهيل من وكالة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services).
- تمّ تشخيصهم مصابون بمرض الإيدز (AIDS).
- يعيشون في دار رعاية بديلة للبالغين أو دار للمسنّين أو مأوى عجزة تابع للمقاطعة (County Infirmary) أو مركز لعلاج سوء استخدام المخدرة أو مركز لما بعد علاج سوء استخدام المواد المخدرة.

## كيف يتم احتساب المخصصات؟

يستند مبلغ المنحة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) إلى التالي:

- عدد الأشخاص في مجموعة أفراد منزلكم.
- مصاريف نفقة إعالة الأطفال التي يدفعها أفراد منزلكم بأمر من المحكمة.
- مجموع الدخل.

## ما هي المسؤوليات المترتبة عليّ تجاه البرنامج الذي أحصل على إعانة منه؟

### 1. التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل (Child Support) لتزويده بالمعلومات (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) فقط)

ستقوم MDHHS بتسجيلكم في برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل وذلك إذا كان طفلاً يعيش في منزلكم يتلقى إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) وأن أحد والديّ الطفل أو كلاهما لا يعيشون في منزلكم. وعند اللزوم لذلك، ستساعدكم خدمات شؤون نفقة إعالة الأطفال على تحديد الأبوة وتأسيس هوية الأب القانوني لطفلكم و/أو استصدار أمر نفقة الإعالة لطفلكم. سيرسل لكم المكتب المعني بشؤون نفقة إعالة الأطفال (Office of Child Support) رسالة تحتوي على توجيهات. يجب عليكم مساعدة الإخصائيين في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولين عن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم من خلال: (1) إعطائهم المعلومات التي يطلبونها و (2) حضور المواعيد بشأن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم.

إذا لم تقدموا لهم المساعدة المطلوبة منكم، فيجوز أن تخسروا الإعانة التي تحصلوا عليها من برنامج استقلال الأسرة (FIP). إذا كنتم تعتقدون أن المساعدة في شؤون حالتكم سيلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك. سيقدر الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS إذا كان لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم. إن الاعتصاب وزنا المحارم وسوابق الاعتداء والانتهاك هي بعض الأمثلة عن أسباب لمبررات وجيهة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى.

لي تدّعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن.

لا يمكنكم الحصول على مدفوعات نفقة إعالة الطفل والإعانة النقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) في نفس الوقت. في الوقت الذين تتلقون فيه إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP)، ستذهب مدفوعات نفقة إعالة الطفل إلى MDHHS. سيستخدم المبلغ المحضّل من نفقة إعالة الطفل لتسديد المبلغ النقدي الذي تعطيكم إيّاه MDHHS.

وفي حال استلام MDHHS مبلغاً من نفقة إعالة الطفل أكثر مما تعطيكم إيّاه من برنامج استقلال الأسرة (FIP) لمدة شهرين على الأقل، فستقوم بإغلاق إعانتكم من برنامج استقلال الأسرة (FIP) حتى تتمكنوا من الحصول على نفقة إعالة الطفل مباشرة.

### 2. تحصين (تطعيم) أطفالكم (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) فقط)

يجب تحصين (تطعيم) الأطفال دون سن 6 عاماً كما توصي به MDHHS. قد يتم تخفيض مقدار مخصصاتكم النقدية بمقدار 25 دولار في الشهر حتى يُستكمل تطعيم أطفالكم حسب المفروض. ويعفى الأطفال من متطلبات التحصين (التطعيم) إذا كانوا في سن أقل من الشهرين، أو كان التحصين (التطعيم) غير ملائم طبيّاً لهم، أو كان التطعيم يتنافى مع معتقدات الأسرة الدينية.

### 3. يجب إرسال أطفالكم إلى المدرسة (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) فقط)

يجب على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 - 18 عاماً مواظبة الحضور بالمدرسة بدوام كامل.



#### 4. اتفاقات الموافقة على التسديد (البرنامج استقلال الأسرة (FIP) و برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA))

إذا كنتم تتلقون إعانة من برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)، فعليكم أن توافقوا على التسديد ل MDHHS في حال قبضكم لمدفوعات تُدفع دفعة واحدة لكم (مثل ميراث، تسوية تأمين، وما إلى ذلك)، أو لمخصصات تُدفع بأثر رجعي (كمخصصات تأمين البطالة أو تأمين تعويض العمال ضد الأضرار).

إذا كنتم تتلقون إعانة من برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) أو من برنامج استقلال الأسرة (FIP) الممول من الولاية وتلقون مدفوعات تُدفع دفعة واحدة لكم من دخل الضمان التكميلي (SSI)، فيجوز لمصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) التي تعرف باسمها المختصر (SSA) أن تأخذ تلقائياً من شيككم الأول المال الذي صُرف لكم بينما كان طلبكم للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) قيد البت به وتسد ما يستحق عليكم ل MDHHS. إذا لم تسترد MDHHS كل ما يستحق لها من الشيك الأول المصروف لكم من الولاية (SSI)، فإنكم توافقون على تسديد MDHHS ما يستحق عليكم لها فوراً.

وإذا كنتم تعترضون على المبلغ الذي تأخذه MDHHS، فعليكم الاطلاع على "الموارد" للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية التماس عقد جلسة استماع.

#### 5. تقيّدوا بقواعد العمل (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) و

##### قواعد العمل لبرنامج استقلال الأسرة (FIP):

- استكمال أداة الفرز الآلي للأسرة (Family Automated Screening Tool) التي تعرف باسمها المختصر (FAST).
- وضع خطة الاكتفاء الذاتي للأسرة (Family Self-Sufficiency Plan) التي تعرف باسمها المختصر (FSSP) والامثال بها: ستسرد خطة الاكتفاء الذاتي للأسرة (FSSP) أنشطة العمل التي يتوجب عليكم القيام بها إلى حد يصل ل 40 ساعة في الأسبوع للحصول على إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP). تقومون بتصميم هذه الخطة مع الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS وبرنامج المشاركة في العمل.
- أن لا تتركوا الوظيفة أو ترفضوا العمل أو تخفّضوا ساعات العمل.
- أن لا تُطردوا من الوظيفة لأسباب سلوكية أو التغيب عن العمل.

## ماذا يحدث إذا لم أتّقيّد بقواعد العمل؟

- إذا كنتم تتلقون إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) ولم تتّقيّدوا بقواعد العمل دون مبرر وجيه (يجب الاطلاع على أسباب المبررات الوجيهة أدناه)، ستقوم MDHHS بالتالي:
- رفض طلبكم (علماً أنه يمكنكم إعادة تقديم الطلب).
  - توقيف صرف الإعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) لكل أفراد أسرته لمدة ثلاثة أشهر للمرة الأولى، ولمدة ستة أشهر للمرة الثانية وبشكل دائم للمرة الثالثة.
  - احتساب جميع أشهر العقوبة تجاه حد الـ 48 شهراً على مدى الحياة الذي تفرضه الولاية الخاص بكم (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) فقط)
  - إذا كنتم تتلقون إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) وبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) معاً، فيجوز أن نوقف صرف مخصصاتكم من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) كلياً أو تخفيضها لمدة شهر واحد على الأقل إذا لم يتم إعفاؤكم من قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) وسيتم احتساب مبلغ منحة الإعانة المصروفة لكم من برنامج استقلال الأسرة (FIP) كدخل.

## أسباب المبررات الوجيهة

تشمل الأسباب لمبررات وجيهة التالي:

- عدم استيفاء قواعد العمل بسبب واقعة غير مخطط لها أو عامل غير مخطط له لا يسمح لكم ذلك (على سبيل المثال، عنف أسري، ديانة، مخاطر صحية، سلامة وأمان أو تشرد).
- مرض أو إصابة.
- طلبتم خدمة رعاية أطفال ولم يتم تقديمها لكم.
- طلبتم خدمات نقل ولم يتم تقديمها لكم.
- استغرق وقت طويل للذهاب إلى العمل والإياب منه (أكثر من ساعتين في اليوم، أو أكثر من ثلاث ساعات يومياً مع رعاية الأطفال).
- تركتكم وظيفتكم للعمل في وظيفة مماثلة لها.
- فرضت عليكم وظيفتكم ارتكاب أنشطة مخالفة للقانون.
- غير قادرين جسدياً أو عقلياً للقيام بمهام وظيفتكم.
- قام صاحب العمل الذي تعملون عنده بالتمييز ضدكم على أساس العمر، أو العرق، أو الديانة، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.
- تعملون 40 ساعة في الأسبوع بأجر لا يقل عن حد الأجر الأدنى بالولاية.
- لم يتم تقديم مواءمات (وسائل مساعدة) معقولة لكم.

إذا كنتم تظنون أن لديكم سبب لمبرر وجيه، فعليكم الاتصال فوراً بالأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS. قد تتغيّر الأسباب للمبررات الوجيهة.



## ما هي الاستثناءات من قواعد العمل؟

قد يُعفى بعض الذين يتلقون الإعانة النقدية من قواعد العمل. إذا كنتم تتلقون إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) ويتم إعفاؤكم من قواعد العمل، فيجوز أن يتطلب منكم القيام بأنشطة أخرى. وإذا كنتم تظنون أنه ينبغي إعفاؤكم من قواعد العمل، فيجب عليكم أن تتحدثوا مع الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS.

قد تحصلون على إعفاء من قواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال الأسرة (FIP) إذا كنتم:

- في سن 65 عاماً أو أكثر.
- والدة) طفل رضيع يقل عن الشهرين (2) من العمر. قد يتم تعيينكم في أنشطة تعزيز أواصر الأسرة عندما يبلغ طفلكم الرضيع 6 أسابيع من العمر.
- تعملون 40 ساعة في الأسبوع.
- تعتنون بطفل أو زوج(ة) ذوي إعاقة (اعتماداً على احتياجات الشخص ودوام الطفل في المدرسة).
- شخص ذوي إعاقة أو قيود طبية.
- تعانون من وضع عنف أسري (عائد تحديده إلى MDHHS).

# تنمية + رعاية الأطفال (CDC)

## لمحة عامة

يساعد برنامج تنمية + رعاية الأطفال (Child Development + Care) الذي يعرف باسمه المختصر (CDC) في دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال للذين يحتاجونها إليها بسبب:

- العمل.
- فصول إكمال الدراسة الثانوية (بما في ذلك دبلوم تنمية التعليم العام (GED)، والتعليم الأساسي للبالغين وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية).
- تعليم أو تدريب معتمد.
- أنشطة علاجية معتمدة لحالة صحية أو اجتماعية.

يمكنكم إيجاد الكتيّب الخاص ببرنامج CDC (الذي يحتوي على كافة مبادئ البرنامج التوجيهية للآباء والأمهات ومقدمي الخدمات) على الموقع الإلكتروني التالي: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

## مَنْ يَكُونُ مَوْهَلًا؟

- أسرة بدخل منخفض.
- والدة) بالتربية البديلة مرخص لهم يطلبون خدمات رعاية لأطفال في رعاية بديلة.
- عضو مشارك في خطة علاج لحالة خدمات حماية تابعة لـ MDHHS.
- متلقّي إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو دخل الضمان التكميلي (SSI).
- مقدّم طلب لبرنامج استقلال الأسرة (FIP) يقوم بنشاط مطلوب في برنامج المشاركة في العمل.



## كيف يتم احتساب المخصصات؟

يمكنكم الاطلاع على مقياس الأهلية بناء على الدخل ونسبة الإعانة في تسديد تكاليف رعاية الأطفال على الموقع التالي: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

قد لا يغطي المبلغ الفعلي المدفوع لأجل برنامج CDC نفقات رعاية الأطفال. إنكم مسؤولون عن دفع أي تكاليف رعاية أطفال لا يغطيها برنامج CDC.

كما أنكم مسؤولون عن دفع أي نفقات لرعاية الأطفال سابقة لحصولكم على الموافقة على حالتكم وإضافة اسم مقدم خدمة رعاية الأطفال إليها.

قد تطلب الإدارة منكم، في أي وقت، معلومات تثبتون بها المدفوعات التي تدفعونها إلى مقدم خدمة الرعاية وفواتيرهم. إذا تم دفع مبالغ زائدة لمقدم خدمة رعاية الأطفال، لأي سبب من الأسباب، فيجب على مقدم الخدمة تسديد الدفعات الإضافية.

قد تقوم الإدارة بتخفيض المدفوعات المدفوعة في المستقبل إلى مقدم الخدمة بنسبة تصل إلى 20 في المائة.

## كيف يمكنني اختيار مقدم خدمة رعاية الأطفال؟

يجب أن تكون خدمة رعاية الأطفال التي تختارونها مقدمة في ميشيغان من قبل:

- مركز مرخص له لخدمات رعاية الأطفال.
- دار جماعي مرخص له لخدمات رعاية الأطفال.
- بيت أسرة مسجل لخدمات رعاية الأطفال.
- مقدم خدمات رعاية الأطفال غير مرخص له إلا أنه مسجل في إدارة التعليم لولاية ميشيغان (Michigan Department of Education التي تعرف باسمها المختصر MDE) وأنهى تدريب حلقة توجيهية في البداية العظيمة للجودة (Great Start to Quality Orientation) ويقدم الرعاية في منزل الطفل أو يرتبط بالطفل بصلة الدم أو الزواج أو التبني بصفتهم أحد الأجداد أو جد الأجداد، أو إحدى العمات/الخالات أو عمّة العمات/خالّة الخالات، أو أحد الأخوة والأخوات ويقدمون الرعاية في منزلهم.

إن كنتم تحتاجون إلى مساعدة في إيجاد مقدم خدمات رعاية الأطفال مؤهل، فعليكم الاتصال بمركز موارد البداية العظيمة للجودة (Great Start to Quality Resource Center) على رقم الهاتف 877-614-7328 أو زيارة الموقع الإلكتروني [www.greatstarttoquality.org](http://www.greatstarttoquality.org).

لتقديم طلب لتكونوا مقدّم خدمة غير مرخص له، يمكنكم استكمال الطلب على الموقع الإلكتروني التالي: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare) وتتبع التعليمات الواردة في الطلب. إذا كنتم تستخدمون أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء كمقدم رعاية، سُدفع الدفعات لكم، وستكونون مسؤولين عن دفع مقدم الخدمة.

ستتحملون أيضاً مسؤولية تبليغ الدفعات إلى مصلحة الضرائب الأمريكية (Internal Revenue Service) التي تعرف باسمها المختصر IRS) وإصدار نموذج W-2 أو 1099-MISC إذا كان الأمر يتطلب لذلك.





## ما هي المسؤوليات المترتبة عليّ تجاه البرنامج الذي أحصل على إعانة منه؟

### التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل (Child Support) لتزويده بالمعلومات

ستقوم MDHHS بتسجيلكم في برنامج شؤون نفقة إعالة الأطفال وذلك إذا كان في بيتكم طفلاً يتلقّى إعانة التنمية + رعاية الأطفال (CDC) ولا يعيش أحد والديّ الطفل أو كلاهما في بيتكم. وعند اللزوم لذلك، ستساعدكم خدمات شؤون نفقة إعالة الأطفال على تحديد الأبوة وتأسيس هوية الأب القانوني لطفلكم و/أو استصدار أمر نفقة الإعالة لطفلكم. سيرسل لكم المكتب المعني بشؤون نفقة إعالة الأطفال (Office of Child Support) رسالة. عليكم أن تتبعوا التوجيهات الواردة في تلك الرسالة. يجب عليكم مساعدة الأخصائيين في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولين عن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم من خلال (1) إعطائهم المعلومات التي يطلبونها و (2) حضور المواعيد بشأن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم.

إذا لم تقدموا لهم المساعدة المطلوبة منكم، فيجوز أن تخسروا جزءاً من مخصصات إعانتكم من برنامج CDC أو كلها. إذا كنتم تعتقدون أن المساعدة في شؤون حالتكم سيلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم إعلام الإخصائي في MDHHS المسؤول عنكم بذلك. سيقرر الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS إذا كان لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم. إن الاغتصاب وزنا المحارم وسوابق الاعتداء والانتهاك هي بعض الأمثلة عن أسباب لمبررات وجيهة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى.

**لي تدّعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن.**

# المسؤوليات المترتبة عليكم

بتوقعكم على طلبكم/إعادة التقرير، فإنكم توافقون على استيفاء هذه المسؤوليات.

للحصول على المخصصات والحفاظ عليها، تقع على عاتقكم كل من المسؤوليات والالتزامات التالية:

## إعطاء الموافقة على الإفصاح عن المعلومات التي يحتاج إليها البرنامج

إنكم توافقون على إعطاء الإذن لـ MDHHS ولأطراف أخرى لتقوم بتجميع المعلومات الخاصة بكم واستخدامها والإفصاح عنها. وإنكم تفهمون أن المعلومات مطلوبة لأغراض تقديم المخصصات أو الخدمات، واستحصال المدفوعات للمخصصات أو الخدمات الخاصة بكم ولعمليات الإدارة العادية الخاصة بأعمالها. وبهذا، فإنكم تبرأون الإدارة من ذمتكم من جميع أنواع الأضرار الناجمة من تبادل هذه المعلومات مع وكالات أخرى لهذه الغرض. يجب الاطلاع على "تفاصيل الخصوصية" على الصفحة 37 للحصول على أمثلة حول المعلومات التي ستحصل عليها MDHHS من الآخرين وتعطيتها للآخرين.

## الإدلاء بالحقيقة

إنكم مسؤولون عن إعطاء معلومات بشكل صحيح ودقيق على هذا الطلب. ويمكن أن تخضعوا لعقوبات إذا تعمدتم إعطاء معلومات كاذبة أو مضللة، أو أخفيتم حقائق أو تكتمتم عنها من شأنها أن تسبب لكم الحصول على إعانة لا ينبغي لكم الحصول عليها أو الحصول على إعانة أكثر مما ينبغي لكم الحصول عليها. قد تشمل العقوبات إجراءات إدارية أو مدنية أو جنائية، بما في ذلك المقاضاة. يجب الاطلاع على "العقوبات الجزائية" على الصفحة 41 للحصول على التفاصيل.

## استخدام المخصصات المصروفة لكم على نحو قانوني

إنه فعل مخالف للقانون لإعطاء مخصصات الإعانة المصروفة لكم من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقة بريدج "Bridge" الخاصة بكم إلى الآخرين أو المتاجرة بالمخصصات على بطاقتكم لقاء نقود أو أوراق يانصيب أو أسلحة نارية أو مخدرات وعقاقير أو أي نوع آخر من السلع والخدمات. يتم معاملة المخصصات التي يتم بيعها أو مقايضتها كمخصصات إضافية وسيتوجب عليكم تسديد قيمتها. تتضمن العقوبات الجزائية كل من الغرامات المالية والسجن والاستبعاد من برامج الإعانة في المستقبل. إذا كنتم تلتقون الإعانة النقدية، فيحظر استخدام الإعانات المصروفة لكم من برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) أو برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) لشراء أوراق اليانصيب أو الكحول أو التبغ والتنبك أو المقامرة أو لأنشطة غير قانونية أو في صالونات التدليك أو المنتجات أو محلات الوشم (التاتو) أو أنشطة سندات كفالة إخلاء السبيل أو ملاهي التسلية الإباحية أو سفن الاستجمام أو غير ذلك من الأشياء غير الأساسية. يجب الاطلاع على "العقوبات" على الصفحة 39 للحصول على التفاصيل.

### تسديد كل المخصصات التي لا ينبغي عليكم الحصول عليها

إذا تلقّيتم أو تلقّى أي فرد من أفراد منزلكم مخصصات غير مستحقين لها، فيجب على البالغين في أفراد منزلكم تسديد المخصصات الإضافية. ويجب تسديد هذه المخصصات حتى ولو لم يكن هناك غش واحتيال. إذا ارتكبت الإدارة خطأً، فيجب على البالغين من أفراد منزلكم تسديد المخصصات الإضافية. وفيما يخص برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، قد يكون الممثل المفوض (الذي يكون لهم حق الوصول إلى مخصصاتكم وتسوّق المواد الغذائية لكم) مسؤولاً عن تسديد أي مخصصات إضافية صُرفت لكم من برنامج الإعانة الغذائية (FAP). قد تحتفظ MDHHS بجزء من المخصصات المصروفة لكم في المستقبل كتسديد للمخصصات الإضافية التي تلقّيتموها. إذا كنتم تعترضون على المبلغ الذي تأخذهُ MDHHS، فعليكم الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 36 للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية التماس عقد جلسة استماع.

### التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل (Child Support) لتزويده بالمعلومات

إذا كنتم تتلقّون مخصصات من واحد أو أكثر من البرامج التالية: الـ Medicaid (مديكيد) أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP)، أو برنامج التنمية + رعاية الأطفال (CDC)، فيجب عليكم مساعدة الأخصائيين في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولين عن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم من خلال (1) إعطائهم المعلومات التي يطلبونها (2) حضور المواعيد بشأن حالة نفقة الإعالة الخاصة بطفلكم. إذا لم تقدموا لهم المساعدة المطلوبة منكم، فيجوز أن تخسروا جزءاً من مخصصات إعانتكم أو كلها. إذا كنتم تعتقدون أن المساعدة في شؤون حالتكم سيلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك. سيقرر الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS إذا كان لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم. إن الاعتصاب وزنا المحارم وسوابق في الاعتداء والانتهاك أو التهديد بالاعتداء والانتهاك هي بعض الأمثلة عن الأسباب لمبررات وجيهة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى. **لتدعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام الإخصائي المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن.**

### التبليغ عن التغييرات

إنكم مسؤولون عن تبليغ الإدارة عن كل تغيير يطرأ على المعلومات التي قمتم بتقديمها. **ينبغي التبليغ عن هذه التغييرات فور حدوثها، شرط أن لا يتعدى ذلك 10 أيام من تاريخ التغيير.** فيما يخص برنامج استقلال الأسرة (FIP)، يجب عليكم التبليغ في غضون خمسة (5) أيام عندما ينتقل طفل من منزلكم (وذلك إذا سيكون الطفل غائباً عن منزلكم لمدة 30 يوماً أو أكثر). وإذا لم تبليغوا عن التغيير، فيجوز مقاضاتكم بسبب الغش والاحتيال أو رفض صرف المخصصات لكم. يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 34 لمعرفة كيفية التبليغ عن التغييرات.

سيعلمكم الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS إذا كان يسري عليكم قواعد تبليغ أخرى مثل التبليغ المبسط (Simplified Reporters).

### التعاون مع المراجعين العاملين لدى الولاية أو الحكومة الفيدرالية

قد يتطلب منكم التعاون مع المراجعين العاملين لدى الولاية أو الحكومة الفيدرالية الذين يدققون صحة صرف المخصصات لكم. وفي حال عدم تعاونكم، فيجوز أن لا يكون لكم الأهلية في تلقي المخصصات.

### السعي في الحصول على مخصصات أخرى قد يكون لكم الأهلية في الحصول عليها

فيما يخص معظم البرامج، يجب عليكم تقديم طلب لمخصصات أخرى قد يكون لكم أهلية الحصول عليها، كمخصصات تأمين البطالة، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI)، ومخصصات من مصلحة شؤون المحاربين القدامى (Veterans Administration). ستعلمكم MDHHS إذا كان يتطلب منكم تقديم الطلب لمخصصات أخرى. وفي حال عدم سعيكم للحصول على مخصصات عندما يتطلب منكم ذلك، فيجوز أن تقوم MDHHS بتخفيض مخصصاتكم أو إغلاق حالتكم أو رفض طلبكم.

### تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)

فيما يخص معظم البرامج، وعملاً بالقانون الفيدرالي 42 USC 1320b-7، يجب عليكم تقديم أرقام الضمان الاجتماعي. لا يتطلب منكم تقديم أرقام الضمان الاجتماعي لكل من أفراد منزلكم الذين لا يقدمون طلباً (ويستثنى من هذا برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER))، والأشخاص البالغون الذين يقدمون طلباً لرعاية الأطفال، أو الذين يتلقون إعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) الذين لا يمكنهم تقديم أو استحصال رقم ضمان اجتماعي بناءً على أسس دينية. ستستخدم MDHHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق ما إذا كان لكم أهلية الحصول على المخصصات وإذا كنتم تتلقون المخصصات الصحيحة.

إذا كنتم تقدمون طلباً للحصول على رقم ضمان اجتماعي، فعليكم إعطاء MDHHS رقم الضمان الاجتماعي فور استلامكم له. وإذا لم تقوموا بذلك، فيجوز أن يتم تخفيض مخصصاتكم أو إغلاق حالتكم أو رفض طلبكم. فيما يخص تغطية الرعاية الصحية، قد يكون إعطاء رقم الضمان الاجتماعي الخاص بكم مفيداً حتى ولو كنتم لا تريدون التغطية الصحية، لأن تقديمه يمكن أن يعجل عملية معالجة الطلب. نستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من الدخل ومعلومات أخرى لنرى من يكون لهم أحقية الحصول على مساعدة في دفع التغطية الصحية. إذا كنتم بحاجة إلى مساعدة في الحصول على رقم ضمان اجتماعي، فيجب عليكم زيارة الموقع الإلكتروني [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov)، أو الاتصال هاتفياً بمصلحة الضمان الاجتماعي على رقم الهاتف 800-772-1213. يجب على مستخدم المبرقة الكاتبة (TTY) الاتصال بالرقم 800-325-0778.



## تقديم الإثباتات

فيما يخص معظم البرامج، يجب عليكم تقديم الأوراق التي تثبت بأنكم ما أخطرتكم الإدارة به هو صحيح وصادق. ويجب عليكم إعطاء الإدارة كافة الأوراق والوثائق قبل أن يتم تحديد أهليّتكم للحصول على المخصصات. وإذا لم تقوموا بتقديم الإثبات، فيجوز أن يُرفض طلبكم.

## التبليغ عن المخصصات القبائلية التي تتلقونها

لا يمكنكم الحصول على مخصصات غذائية من برنامج التوزيع الغذائي القبائلي وبرنامج الإعانة الغذائية في نفس الوقت. ولا يمكنكم الحصول على إعانة نقدية لبرنامج قبائلي للإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) من قبيلة ومخصصات إعانة نقدية لبرنامج استقلال الأسرة (FIP) من MDHHS في نفس الوقت. قد تتلقّى المنظمات القبائلية أموالاً لبرنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP) من الحكومة الفيدرالية. تقتصر الدفعات على أعلى مبلغ متوفر إمّا من MDHHS أو المنظمة القبائلية. ستطلب MDHHS منكم أن تقدموا أي إثبات بالدفعات التي تحصلوا عليها من برنامج LIHEAP القبائلي.

يشير طلبكم إلى هذه الصفحة عند توقيع طلبكم لتقديمه وإرساله.

**بغض النظر من أنتم، يحق لكم...**

## طلب عقد جلسة استماع

يحق لكم أن تلتمسوا عقد جلسة استماع إذا لم توافقوا على أي إجراء أو قرار تتخذه الإدارة (بما في ذلك عدم التصرف بسرعة معقولة). يمكنكم أن تطلبوا عقد جلسة استماع بشأن برنامج الإعانة الغذائية (FAP) عبر الهاتف. ويجب طلب جلسات الاستماع لجميع البرامج الأخرى كتابة. يمكنكم في جلسة الاستماع أن تشرحوا الأسباب التي دعتمكم تظنون أن الإجراء كان خاطئاً بحكمكم وتقديم الإثبات بذلك.

يجوز لكم الاستمرار في الحصول على إعانتكم إذا قمتم بتقديم التماسكم لعقد جلسة استماع في غضون عشرة (10) أيام من إشعار الرفض. قد يُطلب منكم تسديد أي إعانة حصلتم عليها بينما كان استئنافكم قيد القرار به وذلك إذا (1) تم تأييد الإجراء الذي اقترحته الإدارة في جلسة الاستماع، أو (2) تم سحب التماس الاستئناف الذي قمتم بتقديمه، أو (3) لم تقومون أنتم أو الممثل المفوض عنكم بحضور هذه الجلسة.

سُئمنحون جلسة استماع إذا تلقينا طلب استئنافكم في غضون 90 يوماً من تاريخ اتخاذ إجراء من قبل MDHHS أو فقدان مخصصاتكم. يجب أن تستلم MDHHS التماسكم للاستئناف في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ إرسال الإشعار بالبريد للاستمرار في الحصول على مخصصاتكم.

يمكنكم أن تختاروا أحداً ليُمثلكم. إذا لم يكن الشخص الذي يقوم بتمثيلكم محامٍ أو معيّناً من محكمة، فيجب عليكم أن تعطونا تفويضاً موقفاً من قبلكم. يجب عليكم إرفاق نسخة من أمر المحكمة إذا كان الشخص الذي يساعدكم معيّناً من قبل المحكمة. سترفض منظومة جلسات الاستماع الإدارية لولاية ميشيغان (Michigan Administrative Hearing System) التي تعرف باسمها المختصر (MAHS) التماس عقد جلسة استماع إدارية المقدم من قبل ممثل لكم، إذا لم تقوموا بتقديم إثبات بالتفويض. يتحتم على ممثل جلسة الاستماع المفوض أن يكون مفوضاً قبل أن يتمكن من تقديم الالتماس.

يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 34 للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية التماس عقد جلسة استماع.

## تقديم الطلب دون التعرّض لأي تمييز ضدكم

يحظر على MDHHS التمييز ضد الآخرين على أساس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الإعاقة أو العمر أو الجنس وعدم التمييز في بعض الحالات على أساس المعتقدات الدينية أو السياسية.

كما يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture) التي تعرف باسمها المختصر (USDA)، التمييز ضد الآخرين على أساس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الأثر لنشاط سابق بشأن الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تتولى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) إدارته أو تمويله.

ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتطلّبون وسائل بديلة من التواصل للحصول على معلومات حول البرامج (كالبريل، وطباعة النص بحروف كبيرة، وتسجيل المعلومات على شريط صوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة المعنية (على مستوى الولاية أو المستوى المحلي) أينما قاموا بتقديم طلباتهم للحصول على المخصصات. ويجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع الشديد أو من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عبر خدمة المرّجل الفيدرالي على الرقم 800-877-8339. إضافة إلى ذلك، قد تكون المعلومات حول البرامج متاحة في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

إيداع شكوى ضد أي برنامج بشأن التمييز ضد أحد، ينبغي تعبئة USDA Program Discrimination Complaint Form (نموذج شكوى ضد أحد برامج USDA بشأن التمييز ضد أحد)، (رقم النموذج AD-3027) التي يمكن إيداعه على الموقع الإلكتروني التالي: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، وفي أي مكتب من مكاتب USDA، أو كتابة رسالة وإرسالها إلى USDA مع تقديم كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، يجب الاتصال برقم الهاتف 866-632-9992. يجب إرسال النموذج بعد تعبئته شكل كامل أو الرسالة إلى USDA بإحدى الطرق التالية: (1) عبر البريد بإرسالها إلى العنوان التالي: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410؛ أو (2) عبر جهاز الفاكس على رقم الهاتف التالي: 202-690-7442؛ أو (3) عبر البريد الإلكتروني بإرسالها إلى العنوان التالي: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

للحصول على أي معلومات تتناول مسائل بشأن برنامج إعانة التغذية التكميلي (Supplemental Nutrition Assistance Program) الذي يعرف باسمه المختصر (SNAP)، ينبغي على الأشخاص إمّا الاتصال بخط الهاتف الساخن الخاص بـ USDA SNAP على الرقم 800-221-5689، الذي يمكنكم التواصل باللغة الإسبانية عليه، أو الاتصال بالخطوط الساخنة لاستعلامات الولاية (يمكنكم النقر على الرابط لإدراج أرقام الخطوط الساخنة الخاصة بالولاية) التي يمكنكم أن تجدونها على الإنترنت على الموقع الإلكتروني التالي: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

لتقديم شكوى تمييز بشأن برنامج يتلقى إعانة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) التي تعرف باسمها المختصر (HHS)، يجب الكتابة إلى العنوان التالي: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال هاتفياً بالرقم 202-619-0403 (صوت) أو 800-537-7697 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY).

هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها.

## إعطاء معلومات عن الإثنية والعرق هو طوعي

الإجابة عن أسئلة تتعلق بالعرق والإثنية هو أمر عائد لكم وطوعي. سيتم تجميع المعلومات للتأكد أن مخصصات البرامج يتم توزيعها دون اعتبار للعرق أو اللون أو المنشأ الوطني. وإذا لم تجابوا على هذه الأسئلة، فلن يكون لذلك أي تأثير على أهليّتكم للحصول على المخصصات أو على مستويات المخصصات التي قد تحصلوا عليها. وإذا اخترتم عدم الإجابة على هذه الأسئلة، فقد يقوم الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS باختيار جواب لكم.

## تقديم الطلب بصفة مهاجر

قد يكون لكم أهليّة الحصول على مخصصات إذا كنتم من المهاجرين المؤهلين للحصول عليها، وهذا يشمل:

- المقيمين الدائمين القانونيين (الأشخاص حملة الـ "جرين كارد").
  - ملتسمي اللجوء من داخل الولايات المتحدة واللجائين.
  - ذوي الإفراج المشروط الذين مضى على إطلاق سراحهم أكثر من سنة واحدة (1).
  - الكوبيين والهاتيين الوافدين إلى الولايات المتحدة.
  - بعض المهاجرين المعتدى عليهم، وأطفالهم، و / أو آبائهم وأمهاتهم.
  - ضحايا الإتجار.
  - المحاربين القدامى والمجندين في القوى العسكرية، وأزواجهم وأطفالهم.
- لن يؤثر حصولكم على إعانة غذائية أو طارئة على وضع الهجرة الخاص بكم. إذا كنتم هنا بشكل غير قانوني، فقد يؤثر ذلك على بقائكم في الولايات المتحدة.
- لا يتطلب من الأفراد الذين لا يقدمون طلباً للإعانة الغذائية والأشخاص البالغين الذين يقدمون طلباً لبرنامج التنمية + رعاية الأطفال (CDC) تقديم أوراق الهجرة الخاص بهم.

## تقديم الطلب كمواطن أمريكي أو من رعاياها

فيما يخص بعض البرامج، يجب على الذين يدعون أنهم من حملة الجنسية الأمريكية تقديم إثبات جنسيتهم وهويتهم الشخصية. يتضمن إثبات الجنسية الأمريكية، على سبيل المثال وليس الحصر، جواز سفر أمريكي، أو شهادة التجسس، أو سجل ولادة صادر من مصدر حكومي في الولايات المتحدة يثبت أن الولادة قد حصلت في الولايات المتحدة أو في الأقاليم التابعة لها. لا يتطلب من الأشخاص الذين يتلقون مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) أو الضمان الاجتماعي، أو Medicare (المديكير)، أو إعانة التني؛ والأطفال في الرعاية البديلة، والأطفال حديثي الولادة الذين تم تسليمهم إلى السلطات عبر برنامج "التسليم الآمن" تقديم إثبات بالجنسية الأمريكية.



## الحصول على خدمات الإعاقة للذين يعانون من عنف أسري

قد تكون قادرين على التنازل عن بعض متطلبات البرنامج الذي تقدمون له (مثل العمل أو التفتيش عن وظيفة أو السعي للحصول على نفقة إعالة الطفل أو الذهاب إلى المدرسة) وذلك إذا كانت مشاركتكم في ذلك من شأنها أن (1) تعرّضكم أو تعرّض أحد أفراد أسرّتكم لخطر الأذى الجسدي أو العاطفي، أو (2) تعرّضكم إلى انتهاك جنسي، أو (3) سيكون ذلك مجحفاً بحقكم. إذا كان أيّ من هذه الأشياء ينطبق عليكم أو على فرد من أفراد أسرّتكم، فعليكم إعلام الأخصائيّ المسؤول عنكم في MDHHS بذلك الآن. يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 34 للحصول على تفاصيل حول الوصول إلى خدمات الإعاقة للذين يعانون من عنف أسري.

## الحصول على مساعدة إذا كنتم تتعاونون من إعاقه

لا يتطلب منكم أن تخبرونا عن الإعاقات، إلا أن هناك بعض المساعدة متوفرة للأشخاص ذوي الإعاقه. إذا كنتم تتعاونون من إعاقه أو كان أحد من أفراد منزلكم يعاني من إعاقه، فيمكننا أن نعمل استثناءات أو نقدم مساعدة خاصة لكم. في حال تم رفض تقديم مساعدة خاصة أو استثناء لكم قد تحتاجون له بسبب إعاقه، وتظنون أن الرفض كان خاطئاً، فيمكنكم أن تتقدموا بشكوى تمييز ضدكم. وإذا لم تقوموا بإخبارنا عن إعاقه تتعاونون منها الآن، فيمكنكم إخبارنا عنها في وقت لاحق.

إذا كنتم تتطلبون إلى مساعدة، فيجب عليكم الاتصال بالأخصائيّ المسؤول عنكم في MDHHS.

## التسجيل للتصويت

إذا قمتم باختيار "نعم" أو عدم الإجابة عن هذا السؤال على الطلب الذي تقدمونه، فسيتم إرسال طلب تسجيل الناخبين لكم. وإذا قمتم باختيار "لا"، فلن يتم إرسال طلب إليكم. لن يكون تقديم طلب للتسجيل للتصويت أو عدمه أي أثر على مبلغ الإعانة التي ستقدمها هذه الإدارة لكم. وإذا كنت تودّون الحصول على مساعدة في تعبئة نموذج طلب تسجيل الناخبين، فنحن على استعداد لمساعدتكم في ذلك، إن قرار طلب المساعدة أو قبولها عائد لكم كلياً. يمكنكم ملء طلب تسجيل الناخبين بأنفسكم على انفراد. إذا كنتم تعتقدون أن أحداً قد تدخّل بحقكم في (1) التسجيل للتصويت، أو (2) رفض التسجيل للتصويت، أو (3) الخصوصية في تقرير ما إذا كنتم تودّون التسجيل أو في التقديم للتسجيل للتصويت أو (4) اختيار حزبكم السياسي أو أي خيار سياسي آخر تفضلونه، فيمكنكم تقديم شكوى إلى: Secretary of State, PO Box 20126, Lansing, MI 48901-0726.

# الموارد

نسرد أدناه الموارد التي يمكن أن تساعدكم في اتخاذ قراركم.

## إيجاد مكتب محلي تابعين له

- اذهبوا إلى الموقع الإلكتروني التالي: [www.michigan.gov/contactMDHHS](http://www.michigan.gov/contactMDHHS).

## الحصول على مساعدة بشأن طلبكم/إعادة التقرير

- سيساعدكم مكتب MDHHS المحلي التابعين له في شؤون القراءة أو الكتابة أو جلسات الاستماع وما إلى ذلك، أو إيجاد مترجم شفهي لكم خلال عملية تقديم الطلب. للحصول على مساعدة:
- يجب عليكم الاتصال بالمكتب المحلي التابعين له لتبليغهم بأنكم تحتاجون إلى مساعدة.
  - إذا رُفض تقديم المساعدة لكم، فعليكم الاتصال هاتفياً بمركز الإجراءات المتخصصة على الرقم 855-275-6424.
- كما يمكنكم إحضار مترجم شفهي خاص بكم.

## التبليغ عن التغييرات

يمكنكم التبليغ عن التغييرات عن طريق (1) الاتصال هاتفياً بالأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS (ستجدون اسمهم ورقم هاتفهم مكتوباً على أي رسائل تستلمونها من MDHHS)؛ (2) تبليغ التغييرات على الإنترنت من خلال MI Bridges (3) إرسال رسالة كتابية أو نموذج رقم DHS-2240، نموذج التبليغ عن تغييرات (Change Report Form) إلى المكتب المحلي التابعين له.

الطرق لطلب نموذج DHS-2240:

- الذهاب بأنفسكم:** يمكنكم الذهاب بأنفسكم إلى المكتب المحلي التابعين له وطلب نموذج DHS-2240؛ أو
- طباعة النموذج في منزلكم:** يمكنكم تنزيل نموذج DHS-2240 على الإنترنت
- استكمال تعبئة النموذج وتوقيع اسمكم عليه.
  - يجب كتابة اسمكم ورقم الحالة الخاصة بكم عندما ترسلون أي وثيقة معه.
  - يجب إرسال النموذج المستكمل بشكل كامل إلى المكتب المحلي التابعين له.

إذا قمتم بإعلان إفلاسكم، فيمكن إرسال نسخة من إعلان الإفلاس الرسمي إلى العنوان التالي: MDHHS, Legal Services, PO Box 30037, Lansing, MI 48909

## التبليغ عن الغش والاحتيال

اذهبوا إلى الموقع الإلكتروني [www.michigan.gov/welfarefraud](http://www.michigan.gov/welfarefraud) أو اتصلوا بالرقم 800-222-8558 للتبليغ عن ضروب الغش والاحتيال المشتبه بها في شؤون الـ "ويلفير".

## التماس عقد جلسة استماع

تتضمن طرق التماس عقد جلسة استماع التالي:

**هاتفياً (يسري هذا على برنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط):** يجب عليكم الاتصال بالأخصائي المسؤول عنكم (ستجدون اسمهم ورقم هاتفهم مكتوباً على أي رسائل تستلمونها من MDHHS) واطلبوا عقد جلسة استماع؛ أو

**الذهاب بأنفسكم:** زيارة المكتب المحلي التابعين له واطلبوا نموذج التماس لعقد جلسة استماع (Request for Hearing)، رقم النموذج (DHS-18)؛ أو

**بريدياً:** تنزيل نموذج DHS-18 من الإنترنت

- طباعة النموذج ثم استكمال تعبئته وتوقيع اسمكم عليه.
  - يجب كتابة اسمكم وعنوانكم ورقم الحالة الخاصة بكم.
  - أرفقوا نسخة من الإشعار الذي استلمتموه من MDHHS، إذا كان ذلك ممكناً.
  - أرسلوا النموذج الموقّع والمؤرخ بالبريد إلى المكتب المحلي التابعين له لعناية منسّق شؤون جلسات الاستماع (Hearings Coordinator).
  - احتفظوا بنسخة من طلب التماسكم وأي وثائق أخرى قمتم بإرفاقها لأنفسكم.
- بمجرد تقديم طلب التماس عقد جلسة استماع، سيُرسل لكم عبر البريد إشعاراً بتاريخ موعد جلسة الاستماع.

## تقديم شكوى عامة

- الاتصال هاتفياً بمركز الإجراءات المتخصصة (Specialized Action Center) على الرقم 855-275-6424؛ أو
- كتابة شكواكم وإرسالها بالبريد إلى العنوان التالي:  
Michigan Department of Health and Human Services, Specialized Action  
Center, PO Box 30037 Lansing, MI 48909

## معلومات عن العنف الأسري

- يمكنكم إيجاد المعلومات على الموقع الإلكتروني: [www.michigan.gov/domesticviolence](http://www.michigan.gov/domesticviolence).
- ويمكنكم الاتصال هاتفياً بخط المساعدة بشؤون العنف الأسري (Domestic Violence Helpline) على الرقم: 800-799-7233.
- أقرأوا نشرة رقم 859 بعنوان: هل أحد يؤذيك أو يؤذي أطفالك؟ (Is someone Hurting You or Your children؟) على الموقع الإلكتروني: [www.michigan.gov/domesticviolence](http://www.michigan.gov/domesticviolence).

## الحصول على مساعدة بشأن ديون الـ"ويلفير" المترتب عليكم دفعها

اتصلوا بقسم تحصيل ديون الـ"ويلفير" (Welfare Debt Collection) على رقم هاتف الاتصال المجاني 800-419-3328 وذلك (1) إذا كان لديكم ديناً مستحقاً عليكم لـ MDHHS بشأن استرداد مدفوعات دُفعت لكم من برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، أو إعانة مالية، أو تنمية + رعاية الأطفال (CDC)؛ أو (2) تتطلبون لمعلومات حول العنوان الذي عليكم إرسال دفعاتكم إليه؛ أو (3) تستفسرون عن رصيد الدين المستحق عليكم؛ أو (4) تحتاجون إلى إعادة إصدار إيصال بشأن دفعة تسديد سابقة؛ أو (5) تأخذون بعين الاعتبار الاحتجاج على أي إجراء تحصيل دين قيد التنفيذ للبرامج أعلاه؛ أو (6) تبحثون عن توضيح أو توجيه بشأن إشعار تحصيل دين من قبل MDHHS يتضمن هذه البرامج.

## الحصول على مساعدة بشأن بطاقة بريدج (Bridge Card)

يمكن الوصول إلى الإعانة النقدية أو المخصصات الغذائية من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو كلاهما باستخدام بطاقة الدفع الفوري (Debit Card). وتسمى بطاقة الدفع الفوري هذه بطاقة بريدج أو بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (Electronic Benefit Transfer) التي تعرف باسمها المختصر (EBT).

يجب عليكم الاتصال بقسم خدمات الزبائن لشؤون التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) على رقم هاتف الاتصال المجاني 888-678-8914 لأجل (1) التبليغ عن بطاقة مفقودة أو تالفة؛ أو (2) طلب بطاقة بدل فاقد أو تالف؛ أو (3) إنشاء أو تغيير رقم تعريف شخصي (PIN)؛ أو (4) معرفة رصيدكم الحالي. خدمات الزبائن متاحة لكم 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع (كما تتوفر لكم الخدمات باللغتين العربية والإسبانية). إذا كنتم تعانون من ضعف في السمع أو الكلام، فعليكم الاتصال بمركز خدمات المرّحل بميشيغان (Michigan Relay Center) على الرقم 800-649-3777.

بعد حصولكم على البطاقة الأولى بدل فاقد أو تالف، يمكن أن يتم تخفيض مخصصاتكم لتغطية تكلفة استبدال أي بطاقات بدل فاقد أو تالف إضافية.

تسري نفس سياسة بطاقة بدل فاقد أو تالف إذا كان لديكم من يكون لهم حق الوصول إلى مخصصاتكم النقدية (القاطب الحامي (المخول) - Protective Payee، أو البرنامج الإعانة الغذائية (FAP)) شخص وافقتم عليه لشراء المواد الغذائية لأفراد منزلكم (ممثل مفوض).

## الاتصال ببرامج أخرى

إذا كان لديكم أسئلة حول أي من البرامج التالية، فعليكم الاتصال بها على أرقام الهواتف التالية:

- 888-988-6300: MiChild MDHHS
- Medicare (مديكير): 888-633-4227.
- State SSI Supplements (برنامج الـ SSI التابع للولاية): 855-275-6424.
- الإعانة في دفع فواتير الطاقة: 855-275-6424.
- موارد مجتمعية محلية وإحالات: 1-21.

## المعلومات التي ستحصل عليها MDHHS عنكم من الآخرين

- **معلومات من مصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) (لجميع البرامج)** - إنكم توافقون أن مصلحة الضمان الاجتماعي قد تعطي MDHHS جميع المعلومات المطلوبة لتحديد أهليّتكم في الحصول على الإعانة.
- **تحقيقات مراقبة الجودة (QC) و/أو مكتب المفتش العام (OIG)** - قد تختار MDHHS حالتكم لأغراض مراجعة الجودة أو إجراء تحقيق كامل عليها. وفي حال اختيار حالتكم، ستقوم MDHHS أو أشخاص آخرون أو أصحاب عمل و/أو وكالات حكومية بالاتصال بكم لتقديم إثبات بالمعلومات التي قمتم بتقديمها على طلب الإعانة الخاص بكم.
- **مراجعة جهات إنفاذ القانون (يسري هذا على برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وبرنامج استقلال الأسرة (FIP) و برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER))** - قد تقوم MDHHS بإعطاء معلومات إلى مسؤولين في إنفاذ القانون أو تتلقى معلومات منهم لأغراض إلقاء القبض على الفارين من القانون.
- **معلومات فواتير أجور خدمات رعاية الأطفال (يسري على برنامج التنمية + رعاية الأطفال (CDC))** - سيتم استخدام المعلومات التي يقدمها مقدم خدمة رعاية الأطفال في تحديد مبالغ الدفعات.
- **التحقق عبر الأجهزة الحاسوبية (يسري هذا على جميع البرامج)** - ستقوم MDHHS بمراجعة كافة الوكالات الفدرالية، الوكالات التابعة للولاية والوكالات الخاصة لكي تتأكد من صحة المعلومات التي تقدمونها على طلب الإعانة. وفي حال لم تتطابق المعلومات، فقد نطلب منكم إرسال إثبات بها لنا. قد يؤثر التحقق من صحة المعلومات التي تقدمونها على أهلية أفراد منزلكم في الحصول على الإعانة وعلى مستوى المخصصات. قد تتحقق MDHHS من صحة الأجور والدخل والأصول ومخصصات البطالة والمبالغ المستردة من إقرار ضريبة الدخل، ومخصصات وأرقام الضمان الاجتماعي ونفقة إعالة الأطفال وحالة إقامة الهجرة، وما إلى ذلك.
- **مراجعة الولايات الأخرى** - ستراجع MDHHS السجلات الواردة من ولايات أخرى. وقد يتم رفض طلبكم للمخصصات في ميشيغان إذا تم استبعادكم أو استبعاد أحد أفراد منزلكم من برامج إعانة في ولاية أخرى.
- **تغطية الرعاية الصحية** - يمكنكم أن توافقوا وتعطوا الإذن لتجميع بيانات الدخل واستخدامها، بما في ذلك معلومات من عائدات الضرائب، لأجل تحديد أهليّتكم في الحصول على مساعدة في دفع التغطية الصحية في السنين القادمة (إلى حد 5 سنوات). ستستلمون إشعاراً عند حدوث ذلك، ويمكنكم عمل التغييرات عليه، والانسحاب من هذا في أي وقت. إذا قمتم بإعطاء معلومات غير مطابقة لما هو عليه الحال، فقد تطلب MDHHS منكم إرسال إثبات لنا بذلك لتتحري أيهما الأصح. قد يُطلب منكم إعطاء الإذن لنا للاتصال بأصحاب العمل أو البنوك أو بأي أشخاص آخرين.

## المعلومات التي ستعطيها MDHHS عنكم للآخرين

- **معلومات الأهلية (برنامج الإعانة الغذائية (FAP))** - ترسل MDHHS معلومات عن أهلية الحصول على برنامج الإعانة الغذائية (FAP) إلى المدارس. ستسمح هذه المعلومات لطفلكم أو أطفالكم الحصول على وجبات غذائية مجانية أو بتكلفة مخفّضة.
- **برنامج تنمية + رعاية الأطفال (CDC)** - سيُرسل إشعار إلى مقدم خدمات رعاية الأطفال الذي تتعاملون معهم عندما تتم الموافقة على مخصصاتكم من برنامج CDC والتصريح بها، أو حصول تغييرات قد تؤثر على أهليّتكم في الحصول على إعانة من CDC، أو إنهاء أهليّتكم في الحصول على إعانة من CDC.
- **الأجانب بدون أوراق قانونية** - قد ترسل MDHHS معلومات عن الأجانب الذين لا يحملون أوراق إقامة قانونية إلى وزارة الأمن الداخلي (Department of Homeland Security).
- **معلومات استطلاع الآراء** - قد يتم الاتصال بكم لاستطلاع رأيكم بشأن تقييم جودة برامج MDHHS وتقييم قسم خدمة الزبائن لديها.

سياسات العقوبات الجزائية هذه تسري على البرامج التالية: برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وبرنامج استقلال الأسرة (FIP) وبرنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و برنامج تنمية + رعاية الأطفال (CDC).

تحصل مخالفة البرنامج عن عمد (Intentional Program Violation) الذي يعرف باسمه المختصر (IPV) عندما تقدمون أقوالاً كاذبة أو مضللة أو إخفاء الحقائق أو تحريفها أو كتمها لأعراض الحصول على مخصصات إضافية أو الاستمرار في الحصول عليها. إذا رأينا أنكم ارتكبتم جنابة الغش والاحتيال أو مخالفة البرنامج عن عمد (IPV)، فيجوز أن نعتقد جلسة استماع إدارية وتوجيه تهماً جنائية ضدكم أو نطلب منكم أن توقّعوا بملء إرادتكم اتفاق تجريد الأهلية والاستبعاد من البرنامج.

### الإتجار بمخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

قد تكونوا مذنبين أيضاً بارتكاب جنابة الغش والاحتيال أو مخالفة البرنامج عن عمد (IPV) إذا قمتم بمتاجرة أو بيع مخصصاتكم من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقة بريدج (Bridge Card) أو تحاولون المتاجرة بها أو بيعها على الإنترنت أو شخصياً. لا يجوز لكم استخدام مخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريد التي تخص أحد أفراد منزلكم لأشخاص آخرين أو تحاولون استخدامها. ولا يجوز لكم استخدام مخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريد لشراء أو محاولة شراء أي شيء آخر غير المواد الغذائية والبذور والنباتات لزرعها واستخدامها كقطعام لأفراد منزلكم.

### إذا تم الإثبات في المحكمة أنكم مذنبون بارتكاب جنابة الغش والاحتيال:

- ستخضعون إلى عقوبات جنائية (مثل، غرامات تصل إلى 250,000 دولار، أو السجن/الحبس لمدة تصل إلى 20 عاماً أو كلاهما)، ويجوز أن يتم مقاضاتكم بموجب قوانين فيدرالية أخرى ويجوز أن تمنعكم المحكمة من الحصول على مخصصات لمدة 18 شهراً إضافية؛ و
- يجب عليكم تسديد أي مخصصات إضافية حصلتم عليها بسبب ضروب الاحتيال و الغش أو مخالفة البرنامج عن عمد (IPV)؛ و
- سيتم استبعادكم من الحصول على مخصصات إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) / برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) - اطلعوا على الجدول في الصفحة التالية.

### إذا تمّ الإثبات في جلسة إدارية أنكم مذنبون بارتكاب مخالفة البرنامج عن عمد (IPV) أو قمتم طوعاً بتوقيع تجريد الأهلية والاستبعاد من البرنامج:

- سيتم استبعادكم من الحصول على مخصصات إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) / برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) - اطلعوا على الجدول في الصفحة التالية؛ و
- سيحتكم عليكم تسديد المخصصات الإضافية التي حصلتم عليها بسبب ضروب الغش والاحتيال أو مخالفة البرنامج عن عمد (IPV).

تسري هذه السياسات على أفراد المنزل الآخرين والممثلين المفوضين أيضاً. يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 34 لمعرفة كيفية التبليغ عن ضروب الغش والاحتيال المشتبه بها في الـ "ويلفير".

<p>ستخسرون المخصصات من برنامج استقلال الأسرة (FIP) برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سنة واحدة للمخالفة الأولى</li> <li>• سنتان للمخالفة الثانية</li> <li>• على مدى الحياة للمخالفة الثالثة</li> </ul>	<p><b>في حال قيامكم بأي من الأفعال التالية:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الإدلاء ببيان كاذب أو مضلل.</li> <li>• إخفاء الحقائق أو تحريفها أو التكتفم عنها لأجل الحصول على المخصصات أو الاستمرار في الحصول عليها.</li> <li>• المتاجرة بمخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقة بريدج (Bridge Card) أو محاولة المتاجرة بها أو بيعها بمبلغ أقل من 500 دولار على الإنترنت أو شخصياً.</li> <li>• استخدام مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو محاولة استخدامها لشراء أشياء غير مسموح بها بموجب البرنامج كالمشروبات الكحولية أو التبغ والتبناك.</li> <li>• شراء المرطبات بمخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ثم تفرغ محتوياتها فوراً وإرجاع الحاوية لقاء نقود.</li> <li>• استخدام مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريدج (Bridge Cards) التي تخص أحد أفراد منزلكم الآخرين أو تحاولون استخدامها.</li> </ul>
<p>ستخسرون المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 سنوات</li> </ul>	<p><b>في حال:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تبين للمحكمة أو لجلسة استماع إدارية أنكم كذبتكم عن هويتكم الشخصية أو مكان سكنكم لكي تحصلوا على مخصصات من حالتين أو أكثر في نفس الوقت.</li> </ul>
<p>ستخسرون المخصصات من برنامج استقلال الأسرة (FIP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 سنوات</li> </ul>	<p><b>في حال:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أدانتكم المحكمة بالكذب عن هويتكم الشخصية أو مكان سكنكم لكي تحصلوا على مخصصات من حالتين أو أكثر في نفس الوقت. تتضمن المخصصات البرامج الممولة بموجب الجزء أ من الباب الرابع (Title IV-A) من قانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act)، والمديكيد (Medicaid) ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income).</li> </ul>
<p>ستخسرون المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سنتان للجرم الأول</li> <li>• مدى الحياة للجرم الثاني</li> </ul>	<p><b>في حال أدانت المحكمة أي فرد من أفراد منزلكم بشأن:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لقاء المخدرات.</li> </ul>
<p>ستخسرون المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدى الحياة</li> </ul>	<p><b>في حال أدانت المحكمة أي فرد من أفراد منزلكم بشأن:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو محاولة المتاجرة بها لقاء أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات.</li> <li>• المتاجرة أو شراء أو بيع مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو محاولة المتاجرة بها أو شرائها أو بيعها بمبلغ 500 دولار أو أكثر لقاء أي شيء آخر غير المواد الغذائية عبر الإنترنت أو شخصياً.</li> <li>• شراء مواد غذائية بالدين ثم تسديد أو محاولة تسديد ثمنها في وقت لاحق باستخدام برنامج الإعانة الغذائية (FAP).</li> </ul>





---

**العقوبات الخاصة ببرنامج التنمية + رعاية الأطفال (CDC)**  
قد يؤدي مخالفة قواعد البرنامج إلى استبعادكم من البرنامج لمدة 6 أشهر أو 12 شهراً أو لمدى الحياة.



# نظرة سريعة على تقديم الإثبات

بعد تقديمكم لطلبكم، سيرسل لكم الأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS قائمة بالوثائق التي قد تحتاجون إلى تقديمها بناء على متطلبات الحالة المعنية بكم. هذه أمثلة على أنواع وثائق الإثبات التي قد يُطلب منكم تقديمها.

## أفراد المنزل

- إثبات الهوية: رخصة القيادة أو هوية شخصية صادرة من الولاية أو جواز سفر.
- بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بكم وأرقام الضمان الاجتماعي لكل واحد مقدم طلب من أفراد منزلكم.
- إثبات وضع إقامة الأجنبي ("غرين كارد" أو بطاقة الأجنبي المقيم).

## الأصول

- كشوف الحسابات (الحسابات الجارية، حسابات التوفير وحسابات 401k وما إلى ذلك).
- حجج الملكية لأي عقار تملكونه (بيوت، مباني، أراضي/قطعة أرض مفرز للبناء، وممتلكات أخرى)

## الدخل

- قسائم الرواتب.
- إيصال لمخصصات تعويض البطالة (USB).
- رسائل منح (SSI، RSDI، تعويض العمال، وما إلى ذلك).

## النفقات

- إيصالات لخدمات رعاية الأطفال أو رعاية البالغين من ذوي الإعاقة أو رعاية المسنين.
- إيصالات طبية لنفقات متكررة شهرياً (مثل غسيل الكلى، أدوية شبيهة وما إلى ذلك) أو فواتير لنفقات لمرة واحدة.
- إثبات بإيصال الإيجار أو الرهن العقاري.

احرصوا على إرسال نسخ من وثائقكم - لن نستطيع إعادة الوثائق الأصلية إليكم. يمكن تصوير وثائقكم مجاناً في مكتب MDHHS المحلي التابعين له.

إذا كنتم تتطلبون إلى مساعدة في الحصول على إثبات، فيجب عليكم الاتصال بالأخصائي المسؤول عنكم في MDHHS.