MDHHS-Lead Services Section
PO Box 30195, 3rd floor, Lansing, MI 48909
Michigan.gov/MiLeadSafe
MDHHS-LeadApps@michigan.gov
Phone (هاتف): 517-335-9390 Fax (فاكس): 517-284-9956

طلب خدمات الرصاص

قد تتضمن خدمات الرصاص كلاً من الموارد و/أو الخدمات لتحرّي تواجد الرصاص وإجراء الإصلاحات وتخفيض التعرّض لمخاطر الرصاص المتواجدة في الطلاء والغبار والتربة ومياه الشرب. **يجب استكمال تعبئة كل أجزاء الطلب بشكل كامل ليتمّ معالجته.** تتطلّب العقارات المؤجّرة معلومات من المؤجّر/المستأجّر ومالك العقار المُستأجر. **إذا كنتم تسعون الحصول على خدمة في عقار متعدّد الوحدات، فيجب على كلّ وحدة من وحدات العقار تقديم طلب لذاتها.**

الجزء الأول: معلومات عن العقار الذي تسعون الحصول على خدمات الرصاص له

عنوان العقار: _____ رقم الشقة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ المقاطعة: _____ عدد الشقق في المبنى: _____

هذا العقار ☐ يسكن فيه صاحب العقار ☐ أرض متعاقد عليها
☐ عقار للاستئجار ☐ شاغر

يحتوي هذا العقار حالياً على: ☐ الماء ☐ التدفئة ☐ تسريبات من السقف
☐ الكهرباء ☐ تسريبات سابقة من السقف

يبدو شكل صنبور المطبخ مثل التالي:

☐ صنبور مع رأس بخّاخ

☐ صنبور بدون رأس بخّاخ

تأتي مياه العقار من: ☐ بئر مياه خاص ☐ شبكة إمدادات المياه العامّة ☐ غير متأكّد(ة)

يسعى جميع الذين يعيشون في المنزل أو في العقار الحصول على خدمات الرصاص

الاسم (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	الرقم التعريفي للمستفيد في برنامج Medicaid	هل مستوى الرصاص في دم هذا الشخص 3,5 أو أكثر؟			هل هذا الشخص امرأة حامل؟	
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا
	/ /		☐نعم	☐لا	☐لم يتمّ إجراء الاختبار له	☐نعم	☐لا

هل يزور طفل دون سن السادسة من العمر هذا المنزل لمدة أكثر من ساعتين في اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا

الجزء الثاني: معلومات عن مالك العقار المُستأجر

☐ العقار الذي يُسعى الحصول على خدمة له ليس عقاراً للإيجار. إذا كان ذلك، فعليكم الانتقال إلى الجزء الثالث.

اسم مالك العقار:	شركة تأجير العقار:

عنوان مكان العقار:	الجناح/المبنى:

المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي	المقاطعة

الجزء الثالث: التوقيع

بتوقيع اسمي، أأذن (بصفتي المستأجر أو مالك العقار أو المستأجر ومالك العقار سوياً) لـ MDHHS للقيام بإجراء تحقيق بشأن تواجد الرصاص في هذا العقار. وأوافق، أو نوافق سويّاً، على التعاون بشكل كامل في الأعمال المحتملة للتحكّم بمخاطر التعرّض للرصاص. وأدرك، أو ندرك سويّاً، أنه يتوجّب عليّ، أو علينا، الإفصاح عن نتائج أنشطة الرصاص إلى المستأجرين أو المشترين المحتملين لهذا العقار. وأدرك، أو ندرك سوياً، أن MDHHS ليست مسؤولة عن العقارات غير المؤمّن عليها أو عن الأضرار المُلحقة بالممتلكات العقارية أو الشخصيّة بما في ذلك الأضرار الناجمة عن السرقة والحرائق. و أأذن، أو نأذن سوياً، لـ MDHHS للحصول على نتائج التحاليل المختبريّة لمستوى الرصاص في الدم عبر Michigan Care Improvement Registry (أمانة السجل لتحسين الرعاية في ميشيغان). وأوافق، أو نوافق سويّاً، للسماح لـ MDHHS بمشاركة هذه النتائج بشكل خاص مع ممثّلي البرنامج المُعتمدين. و أأذن، أو نأذن سويّاً، بأن يتمّ استخدام المعلومات الواردة في هذا الطلب ونتائج التحقيق بشأن الرصاص في دراسات بحثيّة. وأدرك، أو ندرك سويّاً، أن هذه الدراسات لن تستخدم المعلومات الصحيّة الشخصيّة الخاصة بي أو بنا. وأقرّ أنني أجبت، أو نقرّ أننا أجبنا سويّاً، على جميع الأسئلة بصدق وعلى حدّ علمي أو علمنا. وأدرك، أو ندرك سوياً، أن هناك عقوبة للإدلاء ببيانات كاذبة أو مزيّفة. وهذه العقوبة بموجب القانون U.S.C. Title 18, sec 1001 الذي ينصّ على ما يلي: "كلّ من يقوم عن علم بتزوير أو تلفيق أو استخدام أي كتابة أو وثيقة كاذبة مع العلم أنها تحتوي على أي بيان أو قيد إدخال كاذب أو وهمي أو احتيالي، في أي مسألة تقع ضمن سلطة اختصاص إحدى إدارات أو وكالات الولايات المتحدة، سيتمّ تغريمه غرامة ماليّة لا تزيد عن 10,000 دولاراً أو السجن لمدة لا تزيد عن خمس سنوات، أو كليهما." وأدرك، أو ندرك سويّاً، أن توقيعي، أو توقيعنا سويّاً، على الطلب هو شرط مطلوب لبدء معالجته.

	مالك العقار	المؤجّر/المستأجر (إن وجد)
الاسم:		
التوقيع:		
تاريخ التوقيع:		
طريقة الاتصال بكم المفضّلة لكم:	☐ مكالمة هاتفية ☐ رسالة نصيّة ☐ بريد إلكتروني	☐ مكالمة هاتفية ☐ رسالة نصيّة ☐ بريد إلكتروني
رقم الهاتف:		
عنوان البريد الإلكتروني:		
كيف سمعتم عن هذا البرنامج؟		
طرق أخرى للتواصل معكم؟	☐ لديّ عنوان بريدي مختلف	☐ لديّ عنوان بريدي مختلف
اللغة المفضّلة لكم للتواصل معكم؟		

MDHHS Office Use Only (لاستخدام مكتب MDHHS فقط)						
App No:.						
Denial date:						
Denial reason:						
	Date	*Initials*	*Date*	*Initials*	*Date*	*Initials*
App PROCESSED for enrollment:						
App APPROVED for enrollment						