



طلب الإعانة

يمكنك تقديم هذا النموذج بإرساله بالبريد أو عبر جهاز الفاكس، أو إحضاره بنفسك إلى مكتب MDHHS المحلي

يمكنك معرفة مكان المكتب الأقرب لك على الموقع الإلكتروني التالي:

www.michigan.gov/ContactMDHHS

يمكنك تقديم الطلب على الموقع الإلكتروني التالي:

www.michigan.gov/mibridges

→ اطلع على كتيب المعلومات للحصول على تفاصيل عن كل برنامج

أهلاً وسهلاً بك!

أملئ طلب الإعانة

أجب عن أسئلة عنك وعن أفراد المنزل

أملئ تفاصيل البرنامج

تغطية الرعاية الصحية

برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

برنامج استقلال الأسرة (FIP)

برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA)

برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)

الإعانة النقدية

تنمية + رعاية الأطفال (CDC)

الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

يمكنك تقديم طلبك لبرنامج واحد أو أكثر

إلا إذا تقدمت بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية فقط، MDHHS سوف تحتاج إلى مقابلة أخصائي

احصل على نتائجك

لغة الكتابة

لغة المحادثة

ما هي اللغة التي تفضل التواصل بها؟

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية أو تعاني من ضعف في السمع، أو لديك إعاقة، فأخبرنا كيف يمكننا مساعدتك (مترجم فوري، لغة الإشارة، رقم هاتف TDD/TTY يجب أن نتصل عليه، جهاز الاستماع للمساعدة، إلخ....) أو أحضر أجهزة المساعدة الخاصة بك

If you do not speak English, have a hearing impairment, or have a disability, let us know how we can help you (an interpreter, sign language, TDD/TTY phone number we should call, assistance listening device, etc.) or bring your own support.

Si no habla inglés, tiene una discapacidad auditiva o tiene una discapacidad, hagáenos saber cómo podemos ayudarlo (un intérprete, un lenguaje de señas, un número de teléfono TDD / TTY al que debemos llamar, un dispositivo de asistencia auditiva, etc) o puede traer su propio apoyo.

إذا تم رفض طلبك للحصول على مساعدة، فعليكم الاتصال بالرقم 855-275-6424

Michigan Department of Health and Human Services

رقم الحالة:

الرقم التعريفي:

MDHHS-1171-AR (Rev. 10-20)

تسجيل مقدم الطلب

إن لم يكن بإمكانك إنهاء الطلب بكامله اليوم، من الممكن إكمال هذه الصفحة وإعادتها إلى إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان. سوف تحتاج الإدارة إلى الحصول على طلب الإعانة الخاص بك كاملاً قبل أن تتم موافقة أي من المخصصات.

فيما يخص التقديم لبرنامج الإعانة الغذائية لا يتطلب منك إلا كتابة اسمك (FAP)، وعنوان سكنك (ما لم تكن متشرداً/متشردة) وتوقيع اسمك. وفيما يخص جميع البرامج الأخرى، فعليك كتابة تاريخ الميلاد

متشرد(ة)

الاسم القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)

رقم الشقة/ قطعة الأرض

عنوان شارع أفراد المنزل - المكان الذي تعيش فيه حالياً

الرمز البريدي

الولاية

المقاطعة

المدينة

العنوان البريدي - إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه (الشارع، المدينة، المقاطعة، الولاية، الرمز البريدي)

نحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يقدمون طلباً للحصول على إعانة ولديهم رقم ضمان اجتماعي أو يمكنهم الحصول على رقم. يجب الإطلاع على الصفحة 30 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

→

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ الميلاد

@

عنوان البريد الإلكتروني

()

رقم هاتف المنزل

()

رقم الهاتف الخليوي

لا

نعم

هل سبق لك وتلقيت إعانة في ميشيغان (أو تتلقاها الآن)؟

ما هي البرامج التي تقدم طلباً لها اليوم؟

إغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

رعاية الأطفال

نقود

غذاء

رعاية صحية

ضع علامة على كل ما يسري عليك: (قد تكون مؤهلاً لمعالجة طلبك للإعانة الغذائية في سبعة أيام)

أنا عامل متنقل أو عامل في المواسم الزراعية وقد توقف دخلي وليس في حوزتي الآن إلا 100 دولار أو أقل نقداً بين متناول يدي أو في حساباتي المصرفية.

إن دخلي الشهري أقل من 150 دولار ولدي 100 دولار أو أقل من النقود بين متناول يدي أو في حساباتي المصرفية.

إن دخل أفراد منزلي الشهري المشترك والمبلغ النقدي الذي بين متناول أيدينا و/أو في حساباتنا المصرفية أقل من المجموع الشهري المشترك لقسط الإيجار أو قسط الرهن العقاري والمرافق العامة.

→ لبرنامج الإعانة الغذائية فقط (FAP)

وقع اسمك هنا

أصرح تحت عقوبة شهادة الزور بأنني راجعت هذا الطلب وأن الأجوبة التي أعطيتها في هذا الطلب هي صحيحة إلى حد علمي واعتقادي. في حال إعلاني عن وجود ممثل مفوض من قبلي فمن خلال توقيعك أدناه، أسمح لهذا الشخص توقيع طلبتي والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب. للإعانة الصحية فقط، أنا اعطي الإذن للشخص المفوض من قبلي لينوب عني في جميع الأمور المستقبلية. كما يمكن تحصيل هذه المعلومات في وقت لاحق من متابعة الإجراءات.

التاريخ

توقيع الممثل

توقيع مقدم الطلب

أفراد المنزل

2

إن إعطاء رقم الضمان الاجتماعي والإجابة على سؤال إذا كنت من مواطني أو رعايا الولايات المتحدة هو اختياري للأشخاص الذين لا يقدمون طلباً للإعانة. يجب الاطلاع على الصفحة 30 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

إن الإجابة عن الإثنية/العرق هو اختياري ولن يؤثر على أحقيتك في الحصول على إعانة أو مخصصاتك. يجب الاطلاع على الصفحة 34 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

أدرج اسم كل من يعيش في منزلك، بما فيه نفسك وكل من لا يعيش في منزلك في جميع الأوقات. إذا كنت تقدم طلباً لتغطية الرعاية الصحية، فأدرج كل من سيكون مذكوراً على عائدات الضريبة الفيدرالية الخاص بك لهذه السنة (ملاحظة: لا يتطلب منك تقديم الضرائب كشرط للحصول على الإعانة).

هل يعيش/ تعيش في المنزل؟	مواطن أمريكي متزوج(ة) أو من رعاياها	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الجنس	الاسم القانوني الكامل	صلتهم بك
لا نعم	لا نعم	- -	/ /	ذكر أنثى		أنت
مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية غذاء نقود رعاية الأطفال إعانة في الحالات الطارئة من الولاية لا شيء						
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:						
هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي / سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض						
لا نعم	لا نعم	- -	/ /	ذكر أنثى		
مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية غذاء نقود رعاية الأطفال إعانة في الحالات الطارئة من الولاية لا شيء						
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:						
هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي / سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض						
لا نعم	لا نعم	- -	/ /	ذكر أنثى		
مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية غذاء نقود رعاية الأطفال إعانة في الحالات الطارئة من الولاية لا شيء						
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:						
هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي / سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض						
لا نعم	لا نعم	- -	/ /	ذكر أنثى		
مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية غذاء نقود رعاية الأطفال إعانة في الحالات الطارئة من الولاية لا شيء						
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:						
هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي / سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض						

هل تحتاج إلى مساحة أكثر للكتابة عليها؟ اذهب إلى قسم الملاحظات على الصفحة الأخيرة. نعم، لقد أضفت مزيداً من الملاحظات

3

تفاصيل عن أفراد المنزل

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة الذي يقدم طلباً

لبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

غير مطلوب لبرنامج
الإغاثة الغذائية

هل أحد من أفراد منزلك امرأة حامل الآن أو في شهرها الثالث من الحمل؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

الاسم (الأسماء)

عدد المواليد المتوقع

تاريخ انتهاء الحمل/موعد الولادة المرتقب

لا

للرعاية الصحية،
مطلوب فقط من
المتقدمين للحصول
عليها

هل يعاني أحد من أفراد منزلك من إعاقة أو لديه حالة صحية جسدية أو عاطفية أو نفسية؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

هل يعيش أي من والديّ الأطفال (دون سن الـ 20) خارج المنزل؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

هل أحد من أفراد منزلك مسجّل حالياً في كلية أو مدرسة حرفية؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

هل أحد متغيّب لفترة مؤقتة من المنزل (بسبب عمل، خدمة عسكرية، دخول المستشفى، إلخ....)؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

غير مطلوب
كشرط
للأحقية

هل خدم أحد من أفراد منزلك في الجيش أو القوات المسلحة؟

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

هل أحد من أفراد منزلك طفل في رعاية بديلة، أو والد(ة) قائم(ة) برعاية بديلة، أو طفل متبنّى، أو مقدم رعاية لأحد أفراد المنزل ولا يكون من الوالدين؟
(ضع دائرة حول الوضع المناسب)

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

هل يوجد أحد من أفراد منزلك ضحية للعنف المنزلي، الإتيجار بالبشر، عامل مزارع، عامل مواسم زراعية، لاجئ أو طالب لجوء؟
(ضع دائرة حول الوضع المناسب)

إِذَا نَعَمْ، فَمَنْ؟

ضحية عنف منزلي الإتيجار بالبشر مزارع مهاجر للعمل في الزراعات الموسمية عامل في الزراعات الموسمية لاجئ/ طالب لجوء

مقدم عناية لأحد لا يكون من الوالدين

طفل في رعاية بديلة والد(ة) قائم(ة) برعاية بديلة طفل متبنّى

اطّلع على الصفحة
34 من كتيب
المعلومات لتتعرّف
على أمثلة عن
الحالات المؤهلة.
على الذين لا يقدمون
لهذه الإغاثة أن
يتخطوا الإجابة عن
هذا السؤال

في حال لم يكن أحداً من أفراد المنزل مواطناً أمريكياً أو من رعاياها، فهل لديهم حالة إقامة هجرة مؤهلة؟

مَنْ؟

نوع الوثيقة

رقم الوثيقة

تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة

إِذَا نَعَمْ، فأكتب أسمائهم أدناه

لا

نوع الوثيقة	رقم الوثيقة	تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة
غيرين كارد، إلخ....	الرقم:	/ /
	الرقم:	/ /
	الرقم:	/ /

هل تحتاج إلى مساحة أكثر للكتابة عليها؟ اذهب إلى قسم الملاحظات على الصفحة الأخيرة. نعم، لقد أضفت مزيداً من الملاحظات.

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لإعانة رعاية الأطفال (CDC)

لا ينبغي إلا على الذين يقدمون طلباً لتغطية الرعاية الصحية تخطي هذه الصفحة (إلا إذا كان الشخص من ذوي الإعاقة أو يتطلب خدمات لرعاية طويلة الأجل)

يُرجى شمل الحسابات و/أو الأصول ذات الملكية المشتركة

الأموال + الحسابات

هل لدى أحد من أفراد المنزل مالاً أو حسابات مالية؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

حسابات جارية حسابات ادخار

أخرى: 401K خطط تقاعد تأمين على الحياة أسهم صناديق استثمار IRAs CDs صناديق جازة ودفن أرباح من ينصيب أو قمار صناديق استثمارية/ استحقاقات سنوية رواتب/ بطاقة مخصصات أخرى

مَنْ؟	نوع الحساب	اسم المصرف/المؤسسة	المبلغ
			\$
			\$
			\$

المركبات (السيارات)

هل يملك أحد من أفراد منزلك سيارتهم؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

سيارة شاحنة دراجة نارية قارب أخرى

مَنْ؟ نعم، السنة والشركة المصنعة والموديل تقدير عدد الأميال

→ أدرج المركبات التي تكون مسجلة فقط باسم أحد أفراد المنزل

مَنْ؟	نعم، السنة والشركة المصنعة والموديل	تقدير عدد الأميال

الممتلكات العقارية

هل يملك أحد من أفراد المنزل ممتلكات عقارية؟ إذا نعم، فضع علامة في كل مربع ملائم أدناه. لا

بيت/ بيوت مباني عقارات للإيجار أرض/ أرض بناء قطعة أرض مخصصة للدفن أخرى

في التسعين (90) يوماً الأخيرة للمتقدمين لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) والإعانة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) →

هل قام أحد من أفراد المنزل ببيع أصول أو نقل ملكيتها أو إعطائها للآخرين في السنوات الخمس الأخيرة؟ إذا نعم، فأشرح لا

تغيير في الدخل

هل حدث تغيير في عمل أحد أفراد المنزل في الثلاثين (30) يوماً الماضية؟ إذا نعم، فأشرح. لا

تسريح استقالة طرد إضراب تخفيض ساعات العمل طوعاً رفض العمل أخرى

أشرح

العمل (بما في ذلك الوظائف المؤقتة والوظائف المتعاقد عليها)

هل يعمل أحد من أفراد المنزل في وظيفة عمل؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا يجب أن تشمل كل من عمل في الثلاثين يوماً الأخيرة أو يتوقع منهم أن يعملوا في الشهر القادم

مَن؟	اسم صاحب العمل	في الأسبوع	معدل عدد الساعات	الأجور/ البقشيش (قبل استقطاع الضريبة)	كم مرة تدفع؟
				\$ في الساعة أسبوعياً كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً سنوياً	
				\$ في الساعة أسبوعياً كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً سنوياً	

أعمال حرّة (بما في ذلك الأعمال المختلفة والمؤقتة عن عملك الرئيسي)

هل يعمل أحد من أفراد منزلك لحسابهم الخاص (أعمال حرّة)؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

مَن؟	نوع العمل	الدخل (قبل خصم النفقات)	النفقات
		\$ شهرياً	\$ شهرياً
		\$	\$

دخل إضافي

هل يتلقّى أحد من أفراد منزلك دخلاً إضافياً؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا للرعاية الصحية، يجب شمل الدخل الخاضع للضريبة فقط (بطالة، معاش تقاعد، ضمان اجتماعي، نفقة طلاق، إلخ ...)

بطة إعاقه (SSI) الدعم الزوجي/ الطلاق تأمين تعويض العمال نفقة إعالة الأطفال ضمان اجتماعي (RSDI) معاش/ تقاعد

أخرى: دخل من إيجار رعاية التبني دعم التبني الدائم قروض/ هدايا فائدة مصرفية/ أرباح موزعة دخل/ مخصصات قياتلية مساعدة زراعية/ صيد الأسماك منافع/ استحقاقات عسكرية/ مخصصات المحاربين القدماء إعادة توطين الاجئين منحة تمنح للاجئين مخصصات إعاقه لأجل قصير/ لأجل طويل

مَن؟	نوع الدخل	المبلغ المقبوض
		\$ في الساعة أسبوعياً كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً سنوياً
		\$ في الساعة أسبوعياً كل أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً سنوياً

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لإعانة رعاية الأطفال
(CDC)

فيما يخص جميع النفقات، لا تكتب إلا
المبالغ التي تكون مسؤولاً عن دفعها

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

رعاية المعالين

هل يدفع أحد من أفراد المنزل نفقات رعاية المعالين؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

رعاية الأطفال (دار رعاية، برامج بعد الدوام المدرسي، إلخ...) رعاية لطفل أو لأحد من أفراد الأسرة من ذوي الإعاقة

مَنْ يدفع؟	لأي غرض يتم الدفع؟	المبلغ	كم مرة يتم الدفع؟
		\$	
		\$	

رعاية طبية

هل يدفع أحد من أفراد منزلك نفقات طبية؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

تأمين صحي أدوية موصوفة طبياً رعاية مقدمة في المنزل فواتير مستشفى أخرى
 المشاركة في التسديد (Copays) رعاية الأسنان نقل بشأن مواعيد الرعاية الوصي/ نفقات الوصاية

مَنْ يدفع؟	نوع النفقة	المبلغ	كم مرة يتم الدفع؟
		\$	
		\$	

أحكام قضائية

هل يدفع أحد من أفراد منزلك نفقات مأمور بدفعها بأمر قضائي صادر من محكمة؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

نفقة إعالة الأطفال نفقة الطلاق/ النفقة الزوجية

مَنْ يدفع؟	لأي غرض يتم الدفع؟	المبلغ	كم مرة يتم الدفع؟
		\$	
		\$	

الفوائد المحسوبة على قروض الطلاب + الاستقطاعات

هل يدفع أحد من أفراد المنزل فوائد قروض الطلاب أو نفقات أخرى لضرائب قابلة للاستقطاع؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا

→ للرعاية الصحية فقط

مَنْ يدفع؟	نوع النفقة؟	المبلغ	كم مرة يتم الدفع؟
		\$	

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

التحقق من الحقائق

- هل تمّ استبعاد (تجريد من الأهلية) أحد من أفراد منزلك من أي من برامج الإعانة العامة لأسباب عائدة إلى ارتكاب ضرب من ضروب العش والاحتيال في برامج الإعانة ("ويلفير") أو مخالفة البرنامج عن عمد في أي ولاية من الولايات بما فيها ولاية ميشيغان؟
- لا إذا نعم، فَمَنْ؟
- الاسم (الأسماء)
- هل سبق إدانة أحد من أفراد منزلك في أي وقت مضى لتلقي الإعانة المالية أو الغذائية من ولايتين أو أكثر خلال نفس الفترة الزمنية؟
- لا إذا نعم، فَمَنْ؟
- هل سبق إدانة أحد من أفراد منزلك بجناية ذات صلة بالمخدرات حدثت بتاريخ ما بعد 22 أغسطس 1996؟
- لا إذا نعم، فَمَنْ؟
- هل مُدان أكثر من مرة واحدة؟
- لا نعم

→ اطلع على الصفحة 35 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

تسجيل الناخبين

هل تريد مساعدة في التسجيل للتصويت على عنوانك الحالي؟

نعم، أرسل لي طلب تسجيل الناخبين.

لا، شكراً. إنني مسجل حالياً أو لا أريد طلب تسجيل الناخبين.

الممثل المفوض

→ إذا قمت بتسمية مفوض عنك، فإنك تعطي لهذا الشخص الذي تثق به الإذن لتوقيع طلبك والحصول على معلومات من قسم الخدمات الصحية والإنسانية. الرعاية الصحية فقط، أنا اعطي الإذن للشخص المفوض من قبلي لينوب عني في جميع الأمور التي تتعلق بي في المستقبل. يمكن تحصيل هذه المعلومات في وقت لاحق من متابعة الإجراءات

هل تريد من أحد أن يقوم مقامك أو يمثلك في هذه الحالة؟

لا إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.

اسم الممثل المفوض الذي قمت بتفويضه(ها) عنك (الأول، الأوسط، الأخير)

عنوان الممثل (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

@

() -

عنوان البريد الإلكتروني للممثل

رقم هاتف الممثل

- إذ كنت تقدم طلباً للإعانة الغذائية، فهل تريد من أحد آخر أن يكون لديه/ لديها بطاقة البريد (Bridge Card) للوصول إلى مخصصاتك لكي يتسوق/تتسوق لك؟
- لا إذا نعم، فَمَنْ؟
- الاسم الكامل
- (ينبغي أن يكون أحدًا تثق به أو بها)

توقيع اسمك

يجب عليك توقيع اسمك في أسفل هذه الصفحة
لاستكمال تعبئة طلبك

هل هناك أي شيء آخر؟

هل هناك أي شيء آخر تود أن تعلمنا عنه حول وضعك؟ إذا نعم، فأكتبه أدناه. لا

المسؤوليات والالتزامات المترتبة عليك

→ بتوقيع اسمك على هذا الطلب، فإنك توافق على هذه المسؤوليات والالتزامات

يرجى الرجوع إلى كتيب المعلومات لقراءة النص الكامل للحقوق التي تتمتع بها والمسؤوليات المترتبة عليك

لقد قلت الحقيقة؛ وأهم أنه يمكن أن توجّه إليّ تهمة جنائية جراء الكذب على هذا الطلب وأنه يجب عليّ أن أقدم الأوراق التي تثبت بأن ما أخبرته للإدارة هو صحيح وصادق كما سيحتّم عليّ أن أسدد أي مخصصات لم يكن عليّ أن أتلقاها، حتى ولو كان الخطأ صادراً من الإدارة ويتوجب عليّ أن أعلم الإدارة عن كل تغيير يطرأ على المعلومات التي قدمتها على طريقي وأوافق على التعاون مع المراجعين العاملين لدى الولاية أو الحكومة الفيدرالية لأجل أغراض التدقيق كما أوافق على إعطاء الإذن للكشف عن المعلومات التي تحتاج البرامج إليها وإنني سأستخدم المخصصات المصروفة لي بموجب ما ينص عليه القانون ولن أقوم ببيعها أو المتاجرة بها أو إعطائها عن طريق الإنترنت أو شخصياً لأحد آخر أن يسعوا لإسترداد بعض من أو كل ممتلكاتي وذلك من أجل الخدمات (MDHHS) أفهم بأنه عند وفاتي، يحق قانونياً لقسم الصحة والخدمات البشرية في ميشيغن . هي معرضة للإسترداد عبر الممتلكات Medicaid كل الخدمات المدفوعة من قبل Medicaid المدفوعة من قبل لقد استملت المعلومات الموجودة في كتيب المعلومات وقمت بمراجعتها وأوافق عليها

المسؤوليات المترتبة على الإدارة

إذا كنت تعتقد أن الإدارة قد ارتكبت خطأ، فيمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع

لن تميّز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغن (Michigan Department of Health and Human Services: MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، 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

وقع اسمك هنا

أصرّح تحت عقوبة شهادة الزور بأنني راجعت هذا الطلب وأن الأجوبة التي أعطيتها في هذا الطلب هي صحيحة إلى حد علمي واعتقادي، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بأفراد المنزل، والمواطنة وغير المواطنة، وقد قمت بإدراج جميع المبالغ ومصادر الدخل والممتلكات التي أتلقاها/أملكها. في حال إعلاني عن وجود ممثل مفوض من قبلي فمن خلال توقيع اسمك، أسمح لهذا الشخص توقيع طلبي والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب. للرعاية الصحية فقط، أنا اعطي الإذن للشخص المفوض من قبلي لينوب عني في جميع الامور المستقبلية. كما يمكن تحصيل هذه المعلومات في وقت لاحق من متابعة الإجراءات. إذا كنت أوقع اسمي بصفتي ممثلاً مفوضاً لأجل تغطية الرعاية الصحية، فأشهد على موافقتي للالتزام بالسرية والتصرف بنحو أفضل لصالح المستفيد.

توقيع مقدم الطلب

توقيع الممثل

التاريخ

عند الانتهاء من إجراء المقابلة الشخصية:

توقيع مقدم الطلب

توقيع شاهد الإدارة

التاريخ



تغطية الرعاية الصحية

يرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنت تسعى الحصول على إعانة الرعاية الصحية

تفاصيل إضافية عن مجموعة أفراد المنزل

لا	<input type="checkbox"/>	اسم المعتني الرئيسي	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هل هناك أحد بمثابة المعتني الأساسي لطفل دون سن الـ 19 عاماً في المنزل؟
لا	<input type="checkbox"/>	اسم الطفل(ة)			هل لديك حالة صحية جسدية أو نفسية أو عاطفية تسبب لك قيوداً في ممارسة الأنشطة (مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو الأعمال اليومية، الخ) أو تعيش في منشأة طبية أو دار لرعاية المسنين أو هل تعاني من ضعف طبي؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	من هو الشخص الذي كان في رعاية التبني المؤقت في ولاية ميشيغان عندما بلغ 18 عاماً؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هل أحد من الذين يقدمون طلباً للتأمين الصحي محجوز حالياً (موقوف أو مسجون)؟

→ مطلوب الإجابة عليه من مقدمي الطلب فقط

قد لا يتحتم على أعضاء الأسرة المنحدرين من الهنود الأمريكيين أو سكان الاسكا الأصليين دفع حصة المشاركة في تسديد التكاليف وقد حصلوا على فترات خاصة للانتساب في البرنامج على أساس شهري

الهنود الأمريكيون أو سكان الاسكا الأصليين

لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هل أنت أو أحد أفراد أسرتك من الهنود الأمريكيين أو سكان الاسكا الأصليين؟
لا	<input type="checkbox"/>	اسم القبيلة	إذا نعم:	<input type="checkbox"/>	إذا كان الجواب بنعم، هل هم عضو في قبيلة معترف بها فيدرالياً؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هل تلقى أحد من أفراد منزلك خدمة أو إحالة من خدمة الصحة الهندية (Indian Health Service)، أو برنامج صحي قبائلي، أو برنامج صحي هندي حضري؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	إذا كان الجواب بلا، فهل يحق لأحد الحصول على هذه الخدمات؟

شبكة مياه فلينت (Flint Water System)

هل استهلك أحد في منزلك بأي شكل من الأشكال ماء من شبكة مياه فلينت (Flint Water System) ويعيش أو يعمل أو يتلقى رعاية في إحدى دور رعاية الأطفال، أو يتعلم في مكان من الأماكن التي كانت تخدمها شبكة مياه فلينت من شهر إبريل /نيسان عام 2014 حتى هذا اليوم؟

الاسم (الأسماء)	العنوان الذي تخدمه شبكة مياه فلينت (الشارع، المدينة، الرمز البريدي)	التواريخ
		الاسم (الأسماء) شهر/سنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
منزل	عمل	مدرسة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
منزل	عمل	مدرسة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
منزل	عمل	منشأة رعاية أطفال



تغطية الرعاية الصحية

يُرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنت تسعى الحصول على إعانة الرعاية الصحية

→ لا يتطلب منك تقديم عائدات الضريبة لكي تحصل على الرعاية الصحية

لمقدمي الضريبة

هل ينوي أحد من مقدمي الطلب تقديم عائدات الضريبة الفيدرالية في السنة المقبلة؟ إذا نعم، فَمَنْ؟ لا

اسم مقدم الضريبة الأساسي

هل يقدم الزوج والزوجة الضرائب بصورة مشتركة؟ إذا نعم، فَمَنْ؟ اسم الزوج(ة) لا

هل يدعى/ تدعى احتساب مُعالين؟ إذا نعم، فَمَنْ؟ اسم المُعال (المُعالين) لا

هل يقدم الزوج والزوجة الضرائب بصورة مشتركة؟ إذا نعم، فَمَنْ؟

هل يدعى/ تدعى احتساب مُعالين؟ إذا نعم، فَمَنْ؟

المُعالين

هل سيتم احتساب أي من الذين يقدمون الطلب مُعالاً على عائدات الضريبة لأحد آخر؟ إذا نعم، فاكتب أسمائهم أدناه. لا

المُعال	مقدم الضريبة	الصلة بمقدم الضريبة
الاسم	الاسم	

الدخل السنوي

هل يتغير دخل أحد من شهر إلى آخر؟ إذا نعم، فاكتب أسمائهم أدناه. لا

→ إذا كنت تعتقد أن دخلك سيكون مختلفاً

مختلفاً

مَنْ؟	مجموع الدخل المقتر لهذه السنة	مجموع الدخل المقتر للسنة المقبلة
الاسم		



تغطية الرعاية الصحية

يُرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنت تسعى للحصول على إعانة الرعاية الصحية

معلومات عن التغطية الصحية

هل يحتاج أحد إلى إعانة في دفع الفواتير الطبية الناجمة عن الأشهر الثلاثة الماضية؟

إذا نعم، فَمَنْ؟ الاسم (الأسماء)

أي من الأشهر

يناير فبراير مارس إبريل مايو يونيو
يوليو أغسطس سبتمبر أكتوبر نوفمبر ديسمبر

هل حصل أي شخص على تأمين من خلال وظيفة وفقده خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.

مَنْ فقد التغطية	تاريخ الانتهاء	سبب انتهاء التأمين
الاسم	شهر/سنة	

بما في ذلك كل من المديكي، CHIP/MiChild، المديكي، برامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى، Peace Corps، تأمين صاحب العمل، TRICARE (إلا إذا كان لديك رعاية مباشرة أو، Line of Duty، إلخ)

هل هناك أحد مسجل حالياً في التغطية الصحية (حتى وإن لم يكن من بين المتقدمين في هذا الطلب)؟

إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.

النوع + اسم التغطية	الشخص المغطى	رقم البوليصا
	الاسم	

إذا كان لديك تأمين المديكي، فهل تريد إعانة في دفع أقساط المديكي؟

نعم لا

إذا كان لديك تأمين صاحب العمل: هل هذه تغطية COBRA؟

نعم لا

هل هذه خطة صحية للمتقاعدين؟

نعم لا

إذا كانت غير ذلك، فهل هي خطة منافع محدودة (كبوليصا مدرسية ضد الحوادث)؟

نعم لا

سيتم هذا لكل من Marketplace (سوق شراء التأمين الصحي "ماركت بليس") و State of Michigan (ولاية ميشيغان) أن تستخدمان بيانات الدخل (بما فيها معلومات من عائدات الضريبة). يجب الاطلاع على الصفحة 8 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

لتسهيل تحديد استحقاقك لإعانة الرعاية الصحية في السنوات القادمة، فهل توافق على استخدام بيانات مصلحة الضرائب IRS للتجديدات التلقائية؟

إذا نعم، فلكم سنة؟ 1 2 3 4 5



تغطية الرعاية الصحية

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة، فخذ نسخة من هذه الصفحة إلى صاحب العمل الذي تعمل عنده وأطلب منه تعبئتها. لن تؤثر معلومات هذه الصفحة على الطلب الذي تقدمه. سيتم توجيه المعلومات إلى الحكومة الفيدرالية لتحديد أحقيتك في الحصول على استحقاقات APTC (استحقاقات ضريبية متقدمة لدفع أقساط التأمين - Advanced Premium Tax Credits)

التغطية الصحية من وظائف العمل

يجب عليك إكمال تعبئة هذه الصفحة إذا كان أحد من أفراد منزلك مؤهلاً للحصول على تغطية صحية من وظيفة عمل يعمل فيها. أرفق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة عمل تقدم تغطية

هل يحصل أحد من أفراد منزلك على تغطية صحية من وظيفة عمل؟
يشمل هذا تغطية من وظيفة عمل شخص آخر، كأحد الوالدين أو الزوجين

الاسم	-	-
اسم الموظف	رقم الضمان الاجتماعي للموظف	
الاسم		
اسم صاحب العمل	الرقم التعريفي لصاحب العمل (EIN)	
الاسم		
الجهة المسؤولة للاتصال بها عند صاحب العمل (ينبغي أن يكون هذا الشخص أو القسم الذي يدير منافع الموظفين)	رقم هاتف الجهة المسؤولة عند صاحب العمل	البريد الإلكتروني للجهة المسؤولة عند صاحب العمل

هل يمكن للموظف الحصول على التغطية الآن أو في وقت ما خلال الأشهر الثلاثة القادمة؟
إذا نعم، متى؟ شهر / يوم / سنة

أكتب اسم كل من يكون مؤهلاً للحصول على تغطية من هذه الوظيفة
الاسم (الأسماء)

هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تدفع ما لا يقل عن 60% من إجمالي تكاليف المنافع (معياري الحد الأدنى للقيمة بشأن الخطة الصحية)؟
نعم لا

إذا نعم، كم سيتعين على الموظف أن يدفعه لخطة بأقل تكلفة التي تستوفي معيار الحد الأدنى للقيمة؟

لا تشمل خطط الأسرة. إذا كان صاحب العمل يقدم برنامجاً خاصة بالعافية (Wellness)، فإكتب القسط الذي سيدفعه الموظف في حال حصوله/حصولها على الحد الأقصى للخصم لبرنامج الإقلاع عن التدخين

\$ كل أسبوع أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً كل ثلاثة أشهر سنوياً

هل سيقوم صاحب العمل بإجراء أي تغييرات على الخطة الجديدة في السنة القادمة (إذا كنت تعرف ذلك)؟
نعم لا

لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية

تاريخ التغيير / /

سيتغير قسط التأمين للخطة بأقل تكلفة التي تستوفي معيار الحد الأدنى للقيمة؟

تاريخ التغيير / / سيدفع صاحب العمل هذا القسط \$ كل أسبوع أسبوعين مرتين في الشهر شهرياً كل ثلاثة أشهر سنوياً

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-HC-AR (Rev.10-20)

اسمك:

رقم هوية الفرد:



برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

يُرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنت تسعى الحصول على إعانة غذائية

تفاصيل عن أفراد المنزل

لا	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> إذا نعم، فَمَنْ؟	هل يشتري أحد أفراد المنزل طعامه لوحده ويحضّره لنفسه بشكل منفصل عن بقية أفراد المنزل؟
لا	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> إذا نعم، فَمَنْ؟	هل يعيش أحد أفراد المنزل (الآن أو خلال الأشهر الثلاثة الماضية) في منشأة أو ترتيبات معيشية تتماشى مع احتياجاته الخاصة؟
لا	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> إذا نعم، فَمَنْ؟	هل يذهب أحد من أفراد منزلك إلى برنامج علاج تعاطي الكحول أو المخدرات؟
لا	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> إذا نعم، فَمَنْ؟	هل يتلقّى أحد من أفراد منزلك مخصصات من برامج قبائلية لتوزيع المواد الغذائية؟
لا	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> إذا نعم، فَمَنْ؟	هل تلقّى أحد إعانة غذائية من ولاية أخرى في الثلاثين (30) يوماً الماضية؟
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> الولاية	

اكتب فقط المبلغ الذي تدفعه من جيبك، ولا تشمل قسيمة خيار السكن (Housing Choice Voucher) (القسم الثامن إلخ - MSHDA, HUD, (Section 8

اكتب فقط التأمين/الضريبة العقارية شرط ألا تكون محسوبة من ضمن دفعة الرهن العقاري

نفقات السكن

هل يدفع أحد من أفراد منزلك نفقات السكن؟ إذا نعم، فأكتب أسماهم أدناه. لا

<input type="checkbox"/> الإيجار	<input type="checkbox"/> عقد الأرض	<input type="checkbox"/> تأمين صاحب البيت	<input type="checkbox"/> أخرى
<input type="checkbox"/> الرهن العقاري	<input type="checkbox"/> إيجار قطعة أرض لبيت متنقل	<input type="checkbox"/> الضريبة العقارية	

من يدفع؟	نوع النفقة	المبلغ	كم مرة يتم دفعها؟
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

المرافق العامة

هل يدفع أحد من أفراد منزلكم نفقات المرافق العامة (التي لا تكون مشمولة في الإيجار)؟ إذا نعم، فأختر من القائمة أدناه. لا

→ تتضمن أنواع التدفئة كل من الغاز والتدفئة بالكهرباء والبروبين والخطب وما إلى ذلك. لا تتضمن الكهرباء التدفئة أو تكييف الهواء

<input type="checkbox"/> التدفئة	<input type="checkbox"/> الكهرباء	<input type="checkbox"/> رفع النفايات	<input type="checkbox"/> وقود الطبخ
<input type="checkbox"/> تكييف الهواء	<input type="checkbox"/> الماء/المجاري	<input type="checkbox"/> الهاتف	

لا تتضمن الكهرباء التدفئة أو تكييف الهواء

إذا كانت المرافق العامة من ضمن قسط الإيجار، فهل يدفع أحد من أفراد منزلك أجوراً إضافية لتكييف الهواء؟ نعم لا

هل تلقّى أحد من مقدمي الطلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) أكثر من 20 دولار لقاء دفعات الطاقة من برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) أو من برنامج إعانة الطاقة من ولاية ميشيغان (MEAP) في الأشهر الـ 12 الماضية؟ نعم لا

هل تلقّى أحد من مقدمي الطلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) أكثر من 20 دولار من استحقاق التدفئة المنزلية (HCC) في الأشهر الـ 12 الماضية؟ نعم لا

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-FAP-AR (Rev.10-20)

اسمك:

رقم هوية الفرد:



الإعانة النقدية

يُرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنت تسعى الحصول على إعانة نقدية

هل أحد من أفراد منزلك، ممّن ...

لا	<input type="checkbox"/>	الاسم (الأسماء)	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يعيشون حالياً أو خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية في منشأة أو في ترتيبات معيشية تتماشى مع احتياجاته الخاصة؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُعالج في برنامج لعلاج تعاطي الكحول أو المخدرات؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُداوم في صفوف تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يتلقّى حالياً خدمات إعادة التأهيل من وكالة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغن (Michigan Rehabilitation Services)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يتلقّى الإعانة الطبية استناداً إلى إعاقة أو عمى؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يقدّم طلباً حالياً (أو ينوي تقديم طلب) للحصول على مخصصات الإعاقة من مصلحة الضمان الاجتماعي (SSA)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	لديه أو يتوقع أن يكون لديه تغطية طبية (بما في ذلك التأمين ضد الحوادث، تعويض العمال ضد الأضرار، الادخار الصحي، التأمين الصحي / الاستشفاء أو غير ذلك)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هارب من محاكمة جرم جنائي، أو مذكرة اعتقال لجرم جنائي أو السجن؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	مخالف لشروط الوضع تحت المراقبة أو الإفراج المشروط؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يتلقّى الإعانة النقدية من ولاية أخرى منذ أغسطس/آب 1996؟
			الولاية	<input type="checkbox"/>	

فيما يخص الأطفال من أفراد المنزل

لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	هل هناك أطفال دون سن السادسة ممن لم يستكملوا بعد التحصينات (التطعيم) الخاص بهم؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.	<input type="checkbox"/>	هل هناك أي أطفال تتراوح أعمارهم بين 6-18 عاماً في المدرسة الآن؟

الاسم (الأسماء)

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-CASH-AR (Rev.10-20)

اسمك:

رقم هوية الفرد:



تنمية + رعاية الأطفال (CDC)

يُرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنتم تسعى للحصول على إعانة رعاية الأطفال

هل تعيش حالياً في سكن مؤقت أو للحالات الطارئة؟ لا نعم

هل تحتاج إلى رعاية الأطفال لكي تتمكن من المشاركة في إحدى النشاطات التالية (ضع علامة على كل ما هو ملائم):

<input type="checkbox"/> العمل	<input type="checkbox"/> أي نشاط يشترطه عليك قسم خدمات حماية الأطفال لدى MDHHS
<input type="checkbox"/> إكمال الدراسة الثانوية أو شهادة GED /تحصيل التعليم	<input type="checkbox"/> علاج لحالة صحية أو اجتماعية: (الشرح بالتفصيل)
<input type="checkbox"/> التدريب/التحضير للتوظيف	
<input type="checkbox"/> برنامج PATH أو أي نشاط معتمد	

إذا كنت تدرس في المدرسة، هل تتطلب إلى وقت للدراسة؟ لا نعم

كم عدد ساعات الرعاية التي تحتاج لها كل أسبوعين؟

هل أي من الوالدين مجند حالياً في القوى العسكرية الأمريكية؟ إذا نعم، فَمَنْ لا

هل أي من الوالدين في الحرس الوطني (National Guard) أو في وحدة الاحتياط العسكرية (Military Reserve Unit)؟ إذا نعم، فَمَنْ لا

→ السؤال التالي هو سؤال فعلي مطلوب الإجابة عليه على المستوى الفيدرالي

هل يتجاوز مجموع أصول أفراد المنزل المليون دولار؟ لا نعم

الأطفال (في سن 18 عاماً أو أقل) الذين يعيشون في المنزل

هل كل تحصينات (تطعيمات) الطفل مستكملة؟	هل يعيش/ تعيش في المنزل مع الطفل؟	اسم الأب والأم القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)	اسم الطفل(ة) القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الأم	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الأب	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		

هل تحتاج إلى مساحة أكثر للكتابة عليها؟ اذهب إلى قسم الملاحظات على الصفحة الأخيرة. نعم، لقد أضفت مزيداً من الملاحظات.



الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

الاحتياجات الطارئة

ما هي الخدمات التي تطلبها؟ ضع علامة في المربع/ المربعات أدناه وأكتب القيمة التي تحتاجها لحل حالتك الطارئة.

<input type="checkbox"/> تدفئة (راجع التفاصيل أدناه)	<input type="checkbox"/> ضرائب عقارية \$	<input type="checkbox"/> دفن / حرق جثة الميت \$
<input type="checkbox"/> كهرباء (راجع التفاصيل أدناه)	<input type="checkbox"/> تأمين صاحب المنزل \$	<input type="checkbox"/> استشفاء المهاجرين الموسمييين (العمال المتقنين) \$
<input type="checkbox"/> مياه / مجاري \$	<input type="checkbox"/> رهن عقاري \$	<input type="checkbox"/> ودیعة لضمان التوصيلات \$
<input type="checkbox"/> غاز الطبخ \$	<input type="checkbox"/> إصلاحات منزلية \$	<input type="checkbox"/> نفقات الانتقال \$
<input type="checkbox"/> إخلاء/ ترحيل \$	<input type="checkbox"/> إصلاح فرن التدفئة \$	

تفاصيل طلب الإعانة بشأن التدفئة

كيف تقوم بتدفئة منزلك؟

<input type="checkbox"/> غاز طبيعي	<input type="checkbox"/> بروبين	<input type="checkbox"/> حطب	<input type="checkbox"/> أخرى:
<input type="checkbox"/> كهرباء	<input type="checkbox"/> فحم جيري	<input type="checkbox"/> زيت الوقود	

وصف وضعك الحالي:

تم قطع التدفئة عن منزلي/ لم يعد لدي مصدر وقود لتشغيل التدفئة في منزلي.

لقد استلمت إشعاراً بفاتورة متأخر دفعها أو قطع الخدمة/ أنا في خطر نفاذ مصدر وقود لتشغيل التدفئة في منزلي.

تاريخ قطع الخدمة	/ /	الرصيد الحالي	\$	النسبة المتبقية في الخزان	%	لغرض التأهل، لا يمكن للخزان ان يكون مملوءاً أكثر من 25% من حجمه
------------------	-----	---------------	----	---------------------------	---	---

تفاصيل طلب الإعانة بشأن الكهرباء

وصف وضعك الحالي:

تم قطع الكهرباء عن منزلي

لقد استلمت إشعاراً بفاتورة متأخر دفعها أو قطع الخدمة

تاريخ قطع الخدمة	/ /	الرصيد الحالي	\$	(إذا كان حساب مدفوع مسبقاً)
------------------	-----	---------------	----	-----------------------------



الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

نفقات السكن الحالية

هل تدفعون أي من نفقات السكن؟ إذا نعم، فأكتبها أدناه. لا

هل هناك سرقة أو استخدام غير قانوني؟	هل هذا عداد مشترك مع آخرين؟	اسم مقدم الخدمة	الاسم على الفاتورة أو الحساب	رقم الحساب
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تنفئة		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	كهرباء		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مياه/ مجاري		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وقود الطبخ		
		إيجار/ رهن عقاري		
		ضرائب عقارية		
		التأمين على المنزل		

معلومات عن أفراد المنزل

أخبرنا عن نفقاتك ودخلك وعدد الأشخاص الذين عاشوا أو يعيشون معك خلال الأشهر الستة الماضية.

منذ شهر واحد	منذ شهرين	منذ ثلاثة أشهر	منذ أربعة أشهر	منذ خمسة أشهر	منذ ستة أشهر

هل يوجد احد من افراد منزلك هاربا من محاكمة جنائية، أو أحكام جنائية معلقة أي غير منفذة أو السجن؟ إذا نعم، فمَنْ؟ لا

هل أحد من أفراد المنزل مخالفاً لشرط الوضع تحت المراقبة أو الإفراج المشروط؟ إذا نعم، فمَنْ؟ لا

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-SER-AR (Rev.10-20)

اسمك:

رقم هوية الفرد:



الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

إذا كان هذا الطلب بشأن خدمات الدفن، فيجب أن تستلمه MDHHS في موعد أقصاه 10 أيام عمل بعد حدوث دفن الجثة أو حرقها أو التبرع بها

طلب لخدمة الدفن

إذا كنت تقدم طلباً للحصول على خدمات الدفن، فيرجى إكمال هذه الصفحة. احرص على الإجابة عن الأسئلة في طلب تأكد من الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالأشخاص المتوفين في الطلب الخاص ببرنامج الإعانة (إذا كان المتوفى طفلاً ق)

<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>
صلتك القانونية بالمتوفى	تاريخ الوفاة	اسم المتوفى (الأول، الأوسط، الأخير)
<input type="text"/> - <input type="text"/> ()	<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم هاتف دار الجنازة (دار غسل وتكفين المتوفى)	عنوان دار الجنازة (دار غسل وتكفين المتوفى)	اسم دار الجنازة (دار غسل وتكفين المتوفى)
<input type="text"/> / /	<input type="text"/>	هل تم حرق جثة المتوفى؟ نعم لا
تاريخ الدفن / حرق الجثة	مكان الدفن / حرق الجثة	

هل كانت دفعة المقبرة / المحرقة منفصلة عن الدفعة المدفوعة لدار الجنازة (دار غسل وتكفين المتوفى)؟ نعم | لا

هل وقّعت على بيان مستلزمات وخدمات الجنازة مع دار الجنازة (دار غسل وتكفين المتوفى)؟ نعم | لا

هل كان هناك خدمة لتأبين الميت (Memorial Service)؟ نعم | لا

هل المتوفى من المحاربين القدامى؟ نعم | لا

هل كان المتوفى يملك منزله (ها)؟ إذا نعم، فما عنوان المنزل؟ لا

هل هناك شريك في ملكية هذا المنزل؟ إذا نعم، فمن؟ لا

تكلفة الدفن / حرق الجثة \$

هل كان هناك مساهمة مالية من الأسرة أو الأصدقاء؟ إذا نعم، فكم كان المبلغ؟ \$ لا

هل هناك أي مخصصات الوفاة قمت بتقديم طلب لها أو تتوقع الحصول عليها؟ إذا نعم، فكم كان المبلغ؟ لا

<input type="checkbox"/> تأمين ضد الحوادث/ تأمين سيارة	<input type="checkbox"/> اتفاقية ترتيبات الجنازة المدفوعة مسبقاً	<input type="checkbox"/> مخصصات الوفاة من الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/> مخصصات وفاة للمحاربين القدامى	<input type="checkbox"/> مخصصات نقابة العمال	<input type="checkbox"/> صندوق إعانة المجتمع المحلي / المنظمات الأخوية
<input type="checkbox"/> تأمين على الحياة	<input type="checkbox"/> أخرى (اكتبوها أدناه)	

نوع المخصصات الخاصة بالوفاة

المبلغ

\$