

قسم المنازل الصحية
. : 30037
48933 7
9390-335 (517)

نموذج طلب برنامج المنزل الآمن من الرصاص
يجب استكمال طلب منفصل لكل عنوان أو شقة.

يرجى الاتصال على (866) 5323-691 إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في إكمال هذا الطلب.

الجزء الأول: معلومات عن العقار

عنوان العقار: _____ شقة # _____
المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ الولاية: _____
عدد الوحدات/الشقق بداخل المبنى (إذا كان المنزل يحتوي على أكثر من وحدة): _____
تقديم الطلب لـ <input type="checkbox"/> مالك المنازل <input type="checkbox"/> عقارات مؤجرة <input type="checkbox"/> هل هذا بيع بالتقسيط؟ كيف سمعت عن برنامجنا؟ _____
هل تم إدراج هذا العقار من قبل في أي برنامج لمكافحة الرصاص؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما هو البرنامج؟ هل تم فحص هذا العقار من قبل بحثاً عن الرصاص؟، إذا كان الأمر كذلك، فمن قام بهذا الإجراء؟ هل يتضمن العقار حالياً: <input type="checkbox"/> ماءً جارياً <input type="checkbox"/> كهرباء <input type="checkbox"/> حرارة/مصدر حرارة قيد العمل هل يوجد في العقار أي تسريبات حالية أو سابقة في السقف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

الجزء الثالث: معلومات عن المالك (تستكمل في حالة اختلافها عن الساكن)

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز _____

البريدي: _____

رقم الهاتف البديل: _____

عنوان البريد الإلكتروني للمالك: _____

أفضل وقت للاتصال بك: _____

يرجى المتابعة إلى الصفحة 2 من هذا النموذج.

لاستخدام البرنامج فقط:

تسجيل الدخول إلى الطلب: _____

رقم الطلب: _____

رفض: _____

مستوى الرصاص في الدم: _____

شراكة: _____

سبب الرفض: _____

الدخل: _____

المنطقة المستهدفة: _____

الجزء الخامس: _____

مجموع الطلبات: _____

معتمد للتسجيل في برنامج صيادلة النظام الصحي لجمعية لوزيانا (LSHP): _____

الصفحة 2

الجزء الرابع: تفاصيل الساكن: يرجى إكمال الجدول أدناه.

• يجب أن يتم سرد كل الساكنين والكبار والأطفال مع استكمال المعلومات. قم بإرفاق الصفحة الإضافية إذا لزم الأمر.
يتطلب هذا البرنامج خضوع كل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات لاختبار تسمم الدم بالرصاصة قبل بدء العمل في تقليل نسبة الرصاص في منزلك أو بعد بدء العمل. اتصل بطبيبك أو قسم الصحة بالمقاطعة للترتيب لإجراء فحوصات الدم. وسيتم التعامل مع هذه المعلومات على أنها سرية. سيتم إعطاء أولوية أكبر للمنازل التي بها أطفال تقل أعمارهم عن 6 سنوات (السن عند الولادة حتى 5 سنوات) ويعانون من ارتفاع مستوى الرصاص في الدم (EBL).

يجب أن يتم سرد الدليل على الدخل لكل من يبلغ 18 عامًا ومن هم أكبر سنًا داخل الأسرة.
لا تقوم إدارة الصحة والخدمات الإنسانية بأي تمييز ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو السن أو الأصل القومي أو اللون أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية.

العرق	إسباني/لا تيني	هل أخبر الطبيب/المرمضة هذا الشخص من قبل أنه مصاب بالربو؟	نتيجة اختبار الرصاص	درجة القرابة مع المقيم الأساسي	تاريخ الميلاد	إجمالي الدخل شهرياً (قبل الضرائب (ب	برنامج المساعدة الطبية للفقراء (MEDI) (CAID	الاسم
أ- آسيوي		عدد المرات التي دخل فيها هذا الشخص إلى المستشفى في العام الماضي لعلاج الربو:						
ب- أسود		عدد المرات التي دخل فيها هذا الشخص إلى المستشفى في العام الماضي لعلاج الربو:						
ج- أبيض		عدد المرات التي دخل فيها هذا الشخص إلى المستشفى في العام الماضي لعلاج الربو:						
د- من سكان هاواي/أحد سكان جزر المحيط الهادئ		عدد المرات التي دخل فيها هذا الشخص إلى المستشفى في العام الماضي لعلاج الربو:						
هـ- أمريكي من أصل هندي/من سكان ألاسكا		عدد المرات التي دخل فيها هذا الشخص إلى المستشفى في العام الماضي لعلاج الربو:						

لا ست خدا م البر نام ج فقط	لا	لا	نعم
			يرجى الإجابة على جميع الأسئلة التالية، عن طريق اختيار "نعم" أو "لا" أو "لا أعرف". وفي حالة عدم تقديم المعلومات، سيكون ذلك سبباً للرفض. يرجى الاتصال على (866) 691-5323 إذا كنت بحاجة إلى المساعدة.
			هل تم بناء المنزل المذكور في العنوان أعلاه قبل عام 1978؟ تم بناء المنزل في عام _____ تقريباً. هل يتم دفع الضرائب العقارية من خلال دورة الفوترة الماضية؟ استخدام البرنامج: <input type="checkbox"/> مدفوع <input type="checkbox"/> غير مدفوع <input type="checkbox"/> تم التحقق من التاريخ _____
			هل المنزل/الشقة مملوكة لوكالة حكومية فيدرالية، أو للولاية، أو للحكومة المحلية؟
			هل يحتوي المنزل/الشقة على غرفة نوم واحدة على الأقل؟
			هل توافق على خضوع أطفالك الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات لاختبار التسمم بالرصاص بعد مرور 6 أشهر من عمل برنامج الرصاص؟
			هل يشارك هذا العقار أو المستأجر حالياً في برنامج وزارة الإسكان والتنمية الحضرية (HUD)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو البرنامج؟
			هل أنت أو صاحب العقار يمتلكك تأميناً خاصاً بصاحب المنزل و/أو تأمين المستأجر الذي يشمل السرقة والحريق؟
			هل هناك طفل يقل عمره عن 6 سنوات يعيش في المنزل طوال الوقت؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فكم العدد؟
			هل هناك طفل يقل عمره عن 6 سنوات ويقوم بزيارات منتظمة (لمدة ست ساعات على الأقل في الأسبوع، عشرة أسابيع في السنة)؟
			يرجى ملاحظة أنه لا بد من تسجيل الطفل المقيم أو المرأة الحامل التي تعيش في العقار، في هذا البرنامج.
			هل هناك طفل يقل عمره عن 6 سنوات يعيش في المنزل أو يقوم بزيارات منتظمة له، ويعاني من مستوى الرصاص في الدم بما يصل إلى 5 أو أعلى من ذلك؟
			إذا كنت المالك، هل أنت مستعد للمساهمة النقدية أو العمل من أجل تحقيق هذا المشروع؟

هل توجد امرأة حامل تعيش في هذا العنوان؟				
هل توجد امرأة تعيش في هذا العنوان يتراوح عمرها ما بين 16 و 45 عامًا؟				
هل تتفهم أن أسرتك قد يطلب منها الرحيل لمكان آخر لمدة تصل إلى 10 أيام عندما يبدأ العمل؟				
هل يتم استخدام هذا المنزل كحضانة؟ إذا كان الأمر كذلك، فكم عدد الأطفال الحاضرين؟				
هل تم بناء هذا المنزل قبل عام 1940؟				
منذ متى وأنت تعيش في هذا العنوان؟ سنوات				
شهور				
إذا كنت المستأجر وتستأجر حاليًا، فيرجى ذكر المبلغ الشهري الذي تدفعه للإيجار دولار أمريكي/شهريًا	\$			

من خلال التوقيع أدناه، يخول كل من ولي الأمر/الوصي إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) وقسم المنازل الصحية للحصول على نتائج المعمل الخاصة بنسبة الرصاص في الدم من خلال تسجيل تحسين الرعاية بولاية ميشيغان، على الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات ويقومون في الوحدة ويشاركون هذه النتائج بسرية مع ممثلي البرنامج المعتمد. ومن خلال التوقيع أدناه، يخول الساكن وصاحب العقار لولاية ميشيغان إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) وقسم المنازل الصحية لإجراء تفتيش عن الرصاص وتقدير المخاطر على العقار المذكور بالإضافة إلى التعاون بشكل كامل مع العمل المحتمل للحد من خطر الرصاص. يمكنني التحقق من أن الإجابات الواردة أعلاه صحيحة إلى حد علمي. عقوبة الإقرارات الكاذبة أو المزورة: الفقرة 18 من قانون الولايات المتحدة (USC)، القسم 1546 ينص على: "في أي مسألة تدخل في الاختصاص القضائي لأي وزارة أو وكالة تابعة للولايات المتحدة تهدف إلى تزوير أو إعداد مستندات أو بيانات خاطئة مع معرفة الخطأ فيها أو التزييف أو تقديم إقرارات أو إدخلالات كاذبة، ستسبب عقوبة لن تقل عن 10000 دولار أمريكي أو السجن لمدة تصل إلى 5 سنوات بحد أقصى، أو كلا العقوبتين معًا".

اسم المالك/مالك العقار (يرجى الطباعة) تاريخ توقيع المالك/مالك العقار

اسم المستأجر (إن أمكن، يرجى الطباعة) تاريخ توقيع المستأجر (إن أمكن).

أرسل الطلب المكتمل ومعلومات الدخل إلى:

إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) – برنامج المنزل الآمن من الرصاص

ص.ب: 30037 لانسج، ميشيغان 48933

أو أرسل الطلب بالفاكس على (517) 335-8800

□ يرجى المتابعة إلى قائمة فحص الدخل

قسم المنازل الصحية

30037 : .

48933 7

9390-335 (517)

قائمة فحص الدخل الخاصة ببرنامج المنزل الآمن من الرصاص

يرجى الاتصال على (866) 5323-691 إذا كنت بحاجة إلى المساعدة.

يجب ملء هذا النموذج من قبل الساكن في العقار، ويجب إرفاق وثائق الدخل للساكن فقط

PROPERTY ADDRESS: _____ APT # _____ CITY: _____

OCCUPANT NAME: _____

TOTAL NUMBER LIVING IN HOUSEHOLD _____

PLEASE INCLUDE DOCUMENTATION TO SUPPORT ANY INCOME CHECKED BELOW.

يرجى اختيار الخانات المناسبة إذا كان أي شخص يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر سنًا ويحصل على أي من الدخل التالي.

يجب تضمين الوثائق لجميع العناصر التي تم تحديدها، وأي دخل آخر قد تم استلامه وغير مدرج أدناه.

نماذج الضرائب على الدخل من أحدث عام ممكن – نموذج 1040

نسخ من أحدث 3 كعوب للراتب
إقرار البطالة
تعويض الإعاقة
تعويض العامل
دعم الأطفال
النفقة الواجبة
مكافأة إنهاء الخدمة
مساعدات من دائرة الخدمات الإنسانية (المساعدات النقدية فقط)
دخل الضمان التكميلي (SSI)
نسخ من بيانات دخل الضمان الاجتماعي
إقرارات أخرى عن الدخل السنوي أو دخل التقاعد

أي دخل موثق آخر (متضمن الدخل الموسمي)

هل تريد طرح الأسئلة؟ يرجى الاتصال بنا على (866) 5323-691. قد يمثل عدم تقديم قائمة الفحص والوثائق اللازمة في هذا الصدد سببًا من أسباب رفض البرنامج.

من خلال التوقيع أدناه، يقر الساكن بأن هذا النموذج قد تم ملؤه بصدق وعلى أقصى قدر ممكن من علمه. عقوبة البيانات الكاذبة أو المزورة: العنوان 18 من قانون الولايات المتحدة (USC)، القسم 1546 ينص على: في أي مسألة دبلوم صحة الأطفال – 0928، بإدارة بنسلفانيا، رقم 388 لسنة 1978 (مراجعة 15/9)

تدخل في الاختصاص القضائي لأي وزارة أو وكالة تابعة للولايات المتحدة تهدف إلى تزوير أو إعداد مستندات أو بيانات خاطئة مع معرفة الخطأ فيها أو التزييف أو تقديم إقرارات أو إدخلات كاذبة ستسبب عقوبة لن تزيد عن 10000 دولار أمريكي أو السجن لمدة 5 سنوات بحد أقصى، أو كلا العقوبتين معاً".

اسم الساكن، تاريخ توقيع الساكن

أرسل الطلب المكتمل ومعلومات الدخل إلى:

إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميتشيجين (MDHHS) – برنامج المنزل الآمن من الرصاص

ص.ب: 30037، لانسنج، ميتشيجين 48933

أو طلب الفاكس على (517) 8800-335