APPLICATION FOR STATE EMERGENCY RELIEF
طلب للحصول على إغاثة طارئة من الولاية
Michigan Department of Health and Human Services

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Date (التاريخ)
MDHHS Office (مكتب)	Specialist (الأخصائي)	
Phone Number (رقم الهاتف)	Fax No. (رقم الفاكس)	Specialist ID (الرقم التعريفي للأخصائي)

أتقدّم بموجب هذه الوثيقة بطلب لـ State Emergency Relief Program (برنامج الولاية للإغاثة الطارئة - SER). وأفهم أن المعلومات التالية سيتمّ استخدامها في تحديد أهْلِيّتي لبرنامج SER. وأفهم أيضاً أنه قد يكون هناك تأخير في معالجة الطلب في حال وجود معلومات ناقصة فيه. إذا كان هذا الطلب مُقدّماً بشأن خدمات الدفن، فأفهم أنه يجب أن يستلم مكتب MDHHS الكائن في منطقتي هذا الطلب في موعد لا يتجاوز 20 يوم عمل بعد حدوث الدفن أو الترميد أو التبرّع.

معلومات عن الأسرة (إذا كنتم بحاجة إلى شمل أفراد إضافيين، فيمكنكم إرفاق صفحات إضافية)

قوموا بإدراج جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلكم، بما في ذلك الأشخاص البالغين والأطفال الغائبين لفترة مؤقتة بسبب المرض أو العمل. يُعتبر الأشخاص أفراداً في أسرتكم إذا كانوا ينامون ويحتفظون بممتلكاتهم في منزلكم. وأحرصوا على إدراج تاريخ ميلاد كل فرد من الأفراد وجنسيتهم. إذا كنتم تقدّمون طلباً للحصول على **إعانة الدفن فقط**، فعليكم إدراج اسم المتوفى أولاً.

الاسم	الجنس (ذكر-M/ أنثى - F)	صلة العلاقة بكم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	مواطن(ة) أمريكي(ة)؟
					☐ نعم ☐ لا
					☐ نعم ☐ لا
					☐ نعم ☐ لا
					☐ نعم ☐ لا

عنوان منزل الأسرة

العنوان (الرقم واسم الشارع، الشقّة، وما إلى ذلك)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)

العنوان (الرقم واسم الشارع، الشقّة، وما إلى ذلك)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

اقلبوا الصفحة

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

معلومات الاتصال

رقم الهاتف للتواصل معكم	اسم المتصل ورقم الهاتف ليمكننا من ترك رسائل	عنوان البريد الإلكتروني

كيف تقومون بتدفئة منزلكم؟

☐ غاز طبيعي ☐ بروبان ☐ حطب/خشب ☐ عدم الالتزام بالتدفئة

☐ زيت وقود ☐ كهرباء ☐ فحم ☐ غير معروف

هل تمّ قطع الكهرباء عنكم؟	☐	نعم	☐	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، متى كان تاريخ قطع الخدمة عنكم؟				
هل استلمتم إشعاراً يُنْذركم بفوات موعد استحقاق السداد أو بقطع الكهرباء عنكم؟	☐	نعم	☐	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى من المقرر أن يتمّ قطع خدمة الكهرباء عنكم؟				
هل تمّ قطع التدفئة عنكم أو نفد مصدر الوقود الوحيد لديكم لتدفئة منزلكم؟	☐	نعم	☐	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فما كان تاريخ قطع التدفئة عنكم أو متى كان تاريخ نفاد الوقود؟				
هل استلمتم إشعاراً يُنْذركم بفوات استحقاق السداد أو بقطع الخدمة لتدفئة منزلكم أو أنتم معرّضون لخطر نفاد وقود تدفئة منزلكم؟	☐	نعم	☐	لا

HOME HEATING CREDIT (الائتمان [الضريبي] بشأن التدفئة المنزلية)

هل حصلتم على ائتمان بشأن التدفئة المنزلية خلال الأشهر الستة (6) الماضية؟	☐	نعم	☐	لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الشهر الذي حصلتم فيه على هذا الائتمان؟				
هل تلقّيتم أو تتلقّون حالياً استحقاقات أخرى من MDHHS؟	☐	نعم	☐	لا

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

الحاجة بسبب حالة طارئة – قوموا بتحديد الخدمة أو الخدمات التي تطلبونها والمبلغ الذي تحتاجون له لحلّ الحالة الطارئة - احرصوا على إرفاق إثبات بذلك *لن يتمّ الدفع لقاء الوقود الذي يتمّ توصيله إليكم إذا، تمّ التأكّد حين تسليم الوقود إليكم بأن لديكم أكثر من 25 بالمائة من الوقود المتبّقي في خزّانكم.

☐ الطرد من السكن/الانتقال إلى مكان آخر	$	☐ التدفئة	$		
☐ وديعة الضمان	$	*إذا كان يتمّ توصيل الوقود، فما النسبة المئوية المتبقيّة في الخزّان؟			
☐ نفقات الانتقال	$	إذا كان هذا الحساب مدفوعاً مُسبّقاً، فما هو المبلغ في الحساب			
☐ الرهن العقاري	$	☐ الكهرباء	$		
☐ تأمين أصحاب البيوت	$	إذا كان هذا الحساب مدفوعاً مُسبّقاً، فما هو المبلغ في الحساب			
☐ ضرائب عقارية	$	☐ المياه/المجاري	$		
☐ إصلاح جهاز التدفئة	$	☐ غاز الطبخ	$		
☐ إصلاحات منزليّة	$	☐ خدمات الدفن/الترميد	$		
ما هو نوع الإصلاح المطلوب؟	$	☐ الرعاية الطبية للأفراد من المهاجرين (Migrant)	$		

مركبة (مركبات) الأسرة

هل لدى أسرتكم أيّ مركبات؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فقوموا بإرفاق إثبات يبيّن قيمتها الحاليّة. ☐ نعم ☐ لا

(توضع علامة في كلّ مربع ما ينطبق عليه الأمر)

☐ سيّارة ☐ شاحنة "تراك" ☐ قارب ☐ مقطورة تخييم/مقطورة ☐ درّاجة ناريّة ☐ مركبة ترفيهية (RV) ☐ مركبة أخرى

الاسم /الأسماء المذكورة في سند ملكية المركبة او وثيقة تسجيل المركبة	الشركة المصنّعة والموديل	السنة	القيمة السوقيّة العادلة	رصيد القرض

اقلبوا الصفحة

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

الأصول التي يمتلكها أفراد الأسرة

بالنسبة لخدمات برنامج الولاية للإغاثة الطارئة (SER) التي لا تتعلق بالدفن، هل يملك أفراد الأسرة المعيشيّة أصولاً نقدية تزيد قيمتها عن 15,000 دولار؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لدى أفراد أسرتكم أي أصول أو حسابات مشتركة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فقوموا بإرفاق إثبات بقيمتها الحالية. ☐ نعم ☐ لا

☐ نقود
☐ حساب جارٍ ("تشكينغ")
☐ حساب التوفير
☐ حساب في اتحاد ائتماني (Credit Union)
☐ عقارات
☐ حساب IRA أو KEOUGH أو K401 أو حساب أو حسابات التعويض المؤجّل
☐ حسابات سوق المال (Money Market)
☐ حسابات نادي عيد الميلاد (Christmas)
☐ عقار مدى الحياة (Life Estate)
☐ تأمين على الحياة
☐ شهادة إيداع (CD)
☐ سندات الادخار أو الأسهم أو صناديق الاستثمار المشتركة
☐ عقد أرض أو رهن عقاري أو أي سند آخر مستحق الدفع لأي فرد من أفراد الأسرة
☐ أدوات ومعدات، أو ماشية، أو محاصيل زراعية
☐ أخرى (قوموا بإدراجها)
☐ توقّع الحصول على أموال من دعوى قضائية في غضون الثلاثين (30) يوماً القادمة
☐ صندوق ائتمان المرضى
☐ قطعة أو قطع أرض الدفن، النعش، وما إلى ذلك
☐ صندوق الدفن (Burial Trust) /عقد أو عقود الجنازة

اسم مالك/ مالكو الأصل /الأصول	نوع كل أصل /أصول	مبلغ الرصيد أو قيمته	اسم البنك، شركة التأمين، وما إلى ذلك.	رقم الحساب/البوليصة
		$		
		$		
		$		
		$		

*يرجى إخبارنا إذا قام أي شخص بإغلاق أي حسابات، بيع، أو إعطاء ممتلكات، أو مركبة، أو أسهم، أو سندات، وما إلى ذلك. منذ متى؟

*هل قام أحد برفع دعوى قضائية أو يتوقّع الحصول على أموال خلال الثلاثين (30) يوماً القادمة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب شرح ذلك.

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

دخل الأسرة

هل لدى أسرتكم أي دخل؟	☐ نعم ☐ لا
إجمالي الدخل الشهري لأسرتكم	

قوموا بتحديد جميع مصادر الدخل التي تتوقع أسرتكم الحصول عليها خلال الثلاثين (30) يوماً القادمة. **احرصوا على إرفاق إثبات بذلك**

☐ استحقاقات من مصلحة الضمان الاجتماعي	☐ استحقاقات الإعاقة
☐ دخل الضمان التكميلي (SSI)	☐ دخل من العمل الحُرّ
☐ معاشات التقاعد (Pension)/استحقاقات التقاعد (Retirement)	☐ البطالة
☐ استحقاقات المحاربين القدامى/المخصصات العسكرية	☐ نفقة إعالة الطفل
☐ مدفوعات قبليّة (إعانة الطاقة/LIHEAP - برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض، رابطة المقامرة القبلية (GA)، تقاسم أرباح الكازينو/المقامرة، مطالبات الأراضي، وما إلى ذلك)	☐ دخل مُكتسب من العمل
☐ دخل من إيجار، أو عقد أرض، أو رهن عقاري، أو أي دفعة أخرى مستحق دفعها لأحد أفراد الأسرة المعيشيّة	☐ تأمين تعويض العمّال (Worker's Compensation)
	☐ مال من العائلة/الأصدقاء
	☐ مال من العائلة/الأصدقاء
	☐ أخرى، قوموا بإدراجها (على سبيل المثال: مكاسب من اليانصيب)

الشخص ذو الدخل	نوع الدخل (إذا كان الشخص موظفاً، فما اسم صاحب العمل)	اجمالي الدخل الشهري (المبلغ قبل استقطاع أي نفقات أو ضرائب)	كم مرة يتمّ القبض؟

*يرجى إخبارنا إذا كانت هناك أي تغييرات أو إذا كنتم تتوقعون حدوث تغيير في دخل أسرتكم في الأيام الثلاثين (30) المقبلة.	☐ نعم ☐ لا
متى حدث أو سيحدث هذا التغيير؟	

اقلبوا الصفحة

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

نفقات السكن الحالية

قوموا بتحديد جميع النفقات المطلوب منكم دفعها	النفقة الشهرية	اسم مقدّم الخدمة لكم، مالك العقار، شركة الرهن العقاري، وما إلى ذلك	رقم الحساب	هل هذا عدّاد مشترك؟	هل تبقّى شيء لاستخدامه أو هو استخدام غير قانوني؟	الاسم والعنوان على الفاتورة أو الحساب
☐ تدفئة	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ كهرباء	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ مياه/مجاري	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ وقود الطبخ	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ الإيجار	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ الرهن العقاري	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ ضرائب عقارية	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
☐ تأمين المنزل	$			☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	

معلومات عن الأسرة خلال الأشهر الستة (6) الماضية (قوموا باستكمال تعبئة الجدول أدناه لإخبارنا عن نفقاتكم ودخلكم وعدد الأشخاص الذين يعيشون معكم خلال الأشهر الستة (6) الماضية. إذا لم يكن لديكم نفقات، فاكتبوا "لا شيء - None" في المربع).

	منذ شهر واحد (1)	منذ شهرين (2)	منذ 3 أشهر	منذ 4 أشهر	منذ 5 أشهر	منذ 6 أشهر
الشهر						
عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلكم						
إجمالي الدخل الشهري						
مبلغ الإيجار/الرهن العقاري						
التدفئة						
الكهرباء						
المياه والمجاري وغاز الطبخ						

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

مصروفات الدخل

هل يدفع أفراد أسرتكم أيّاً من التالي؟ ☐ نعم ☐ لا		
توضع علامة في المربع على كلّ ما ينطبق عليه الأمر **واحرصوا على إرفاق إثبات** بذلك.		
☐ قسط التأمين الصحي	كم مرّة يتمّ دفعه؟	يغطي فترة زمنيّة (شهر واحد، 3 أشهر، إلخ.)
☐ نفقة إعالة الطفل مقررة بأمر من المحكمة (المبلغ المدفوع شهرياً)		
☐ التكاليف الفعلية التي يدفعها الشخص الموظف في عمل لقاء خدمة رعاية الأطفال، وليس التكاليف التي تدفعها MDHHS		
☐ نفقات غير عادية متعلقة بالتوظيف	شرح النفقات	

الدفن (إذا كنتم تتقدّمون بطلب للحصول على خدمات الدفن، يُرجى ملء هذا القسم. واحرصوا على الإجابة على أسئلة الدخل والمركبة والأصول الخاصة بالشخص المتوفى، أو الخاصة بزوجة/زوج المتوفى، أو والد/والديّ الطفل القاصر). **احرصوا على إرفاق إثبات** بذلك.

اسم المتوفى	تاريخ الوفاة	هل هذا لترميد الجثّة؟ ☐ نعم ☐ لا	تاريخ الدفن أو ترميد الجثّة
اسم دار الجنائز الذي يتولّى أمور خدمات الجنازة	عنوان دار الجنائز		رقم هاتف دار الجنائز
مكان الدفن/اسم المقبرة أو الترميد	☐ هل الدفع للمقبرة أو المحرقة منفصلاً عن الدفع لدار الجنائز؟ ☐ نعم ☐ لا		☐ هل هناك مراسم التأبين للمتوفى ؟ ☐ نعم ☐ لا
☐ هل قمتم بالتوقيع على بيان بالسلع والخدمات المرتبطة بدار الجنائز؟ ☐ نعم ☐ لا	ما هي التكلفة الإجمالية للدفن أو ترميد الجثّة ؟		☐ هل المتوفى من المحاربين القدامى؟ ☐ نعم ☐ لا
ما هي علاقتكم القانونية بالمتوفى؟	☐ هل تقدّم أفراد العائلة و/أو الأصدقاء بمساهمة ماليّة؟ ☐ نعم ☐ لا المبلغ $		
☐ هل كان المتوفى يملك منزله/منزلها؟ ☐ نعم ☐ لا	عنوان المنزل		
☐ إذا كانت الإجابة بنعم، فهل هناك شريك في مُلكيّة المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا	اسم الشريك(ة) في المُلكيّة		
☐ تأمين ضد الحوادث/السيارات	☐ اتفاقية جنازة مدفوعة مُسبقاً	☐ استحقاقات الوفاة من مصلحة الضمان الاجتماعي	☐ استحقاق الوفاة للجندّي المسرّح

اقلبوا الصفحة

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

تأمين على الحياة	صندوق إعانة المجتمع/منظمات أخويّة	استحقاقات النقابات العمّالية	استحقاق آخر (تحديد المصدر بالضبط)

متطلبات التوقيع

أفهم أن عدم تقديم المعلومات المذكورة أعلاه قد يؤدّي إلى رفض طلبي. وأفهم أنه لديّ **ثمانية (8) أيام تقويمية** لتقديم جميع الاثباتات المطلوبة. وأفهم أن تقديم معلومات كاذبة يمكن أن يؤدّي إلى الإحالة إلى المدعي العام بتهمة الاحتيال. وأفهم أن طلبي قد يكون أحد تلك الطلبات التي يتمّ اختيارها لإجراء تحقيق كامل فيها. قد يتصل ممثل ألـ Department (الإدارة) بمنزلي وقد يتصل بأشخاص آخرين للتحقق من أهْليتي للحصول على الإعانة.

وأفوّض ألـ Department (الإدارة) بالإفصاح عن اسمي وعنواني إلى وكالة أو شركة محلية لخدمات العزل المقاوم للعوامل الجوية كجزء من نظام Weatherization Referral الإحالة إلى خدمات العزل المقاوم للعوامل الجوية. كما أفوّض ألـ Department (الإدارة) بالإفصاح عن معلومات الحالة والدفع إلى Michigan Department of Health and Human Services والتابعين لها و/أو الوكالات المتعاقدة معها، لأغراض البحث والدراسة والتقييم لـ Low Income Home Energy Assistance Program (برنامج إعانة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض - LIHEAP).

وأفوّض شركة الطاقة التي أتعامل معها بالإفصاح عن جميع المعلومات الموجودة عندها بشأن حسابي عبر الهاتف، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني، أو موقعها الإلكتروني الخاص بها.

تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، أقسم أو أؤكّد أنني قمت بتدقيق النظر في هذا الطلب أو قام أحد بقراءته لي. إذا كنت طرفاً ثالثاً يتقدّم بالنيابة عن شخص آخر، فإنني أقسم بأن مقدّم الطلب قد قام بتدقيق النظر في هذا الطلب أو تمّ قراءته له أو لها، ما لم يكن الطلب لشخص متوفى. وأقرّ على حدّ علمي، بأن الحقائق صحيحة وكاملة.

توقيع مقدّم الطلب أو الممثّل المفوّض	التاريخ	توقيع الزوج أو الزوجة	التاريخ
العنوان الحالي		Signature of MDHHS Specialist	التاريخ
رقم الهاتف الحالي		هويّة مقدّم الطلب أو الممثّل المفوّض	

ملاحظات

Case Name (اسم الحالة)	Case Number (رقم الحالة)	Specialist (الأخصائي)

إذا لم تقوموا بَعدْ بالتسجيل للتصويت في مكان عنوانكم الحالي، فهل تريدون التسجيل للتصويت. ☐ نعم ☐ لا

ملاحظة: إذا لم تقوموا بوضع علامة في أيّ من المربّعين، فستفترض MDHHS بأنكم قرّرتم عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت. إذا قمتم بوضع علامة في مربع "نعم" فهذا لا يؤدّي إلى تسجيلكم للتصويت. إذا قمتم بوضع علامة في مربع "نعم" أو عدم الإجابة على السؤال، فسيتمّ إرسال طلب تسجيل الناخبين إليكم.

لن يكون لتقديم طلب للتسجيل للتصويت أو عدمه أيّ تأثير على مبلغ الإعانة التي ستقدمها هذه Department (الإدارة) لكم. وإذا كنتم 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 نموذج طلب تسجيل الناخبين بأنفسكم على انفراد. إذا كنتم تعتقدون أن أحداً قد تدخّل بحقكم للتسجيل للتصويت، أو بحقكم لرفض التسجيل للتصويت، أو بحقكم للخصوصية والانفراد عند قيامكم باتخاذ قرار ما إذا كنتم ترغبون في التسجيل للتصويت أو لا، أو حقكم في اختيار حزبكم السياسي أو أي خيار سياسي آخر تفضّلونه، فيمكنكم تقديم شكوى إلى: Michigan Secretary of State, PO Box 20126, Lansing, MI 48901-0726.

جلسات الاستماع

إذا كنتم تعتقدون أن أي إجراء اتخذته ألـ Department (الإدارة) غير صحيح، أو إذا لم يتمّ اتخاذ قرار الموافقة على طلبكم أو رفضه في غضون 10 (عشرة) أيام من تاريخ تقديم الطلب، فيحق لكم التماس عقد جلسة استماع. يجب أن يكون التماس طلب عقد جلسة الاستماع مكتوباً وموقّعاً من قبلكم أو من قبل ممثلكم المفوّض، وأن يتم استلامه من قبل Michigan Department of Health and Human Services في غضون 90 يوماً من تاريخ هذا النموذج. ينبغي إرسال طلبات عقد جلسات الاستماع إلى مكتب MDHHS المحلّي في منطقتكم. لديك الحق في التمثيل من قبل محامٍ أو شخص آخر تختارونه. ومع ذلك، لا تتحمّل ألـ Department (الإدارة) دفع أي نفقات قانونية.

لن تميّز MDHHS (Michigan Department of Health and Human Services) ضد أي فرد أو مجموعة على أساس العرق، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الجنس، أو الإعاقة، أو الدين، أو العمر، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة العائلية، أو الاعتبارات الحزبيّة، أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على أساس الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التوجّه الجنسي، والهوية الجنسانيّة، والتعبير الجنساني، والخصائص الجنسيّة، والحمل.

AUTHORITY (السلطة): Act 280, P.A. 1939, as amended (sections 400.6, 400.14, 400.24, 400.68 MCL); 45 CFR 283, 120(b); Low Income Home Energy Assistance Act of 1981, as amended; MCL 400.10; Administrative Codes Rules 400.7001-400.7049

استكمال تعبئة هذا النموذج وردّه إلينا: مطلوب منكم تعبئة هذا النموذج بشكل كامل وردّه إلينا **العقوبة: رفض إعطاء الإغاثة الطارئة من الولاية (SER)**