كُتيّب المعلومات

Michigan Department of Health and Human Services

احرصوا على قراءة هذا الكُتيّب قبل أن توقّعوا اسمكم على طلب الإعانة / إعادة تحديد الأهلية.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo debido a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, estado familiar, consideraciones partidistas, o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

لن تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) 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 الحزبية أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على اساس الجنس ، على سبيل المثال لا الحصر ، التمييز على اساس التوجه الجنسي ، والهوية الجنسية ، والتعبير الجنسي ، والخصائص الجنسية ، والحمل.

قد تتغير السياسات المتعلقة ببرامج المساعدة. يمكنك مراجعة سياسات البرنامج الحالية على الرابط: https://mdhhs-pres-prod.michigan.gov/olmweb/ex/html/ واختر Bridges "بردجس"

جدول المحتويات

تفاصيل البرنامج

رعاية صحية 4

غذاء 10

نقود 16

رعاية الأطفال 22

الإغاثة في الحالات الطارئة 26

المسؤوليات المترتبة عليكم 27

حقوقكم 32

الموارد 38

تفاصيل الخصوصية 41

العقوبات الجزائية 44

تغطية الرعاية الصحية

لمحة عامة

تقدّم تغطية الرعاية الصحية المساعدة في دفع التكاليف التالية:

- برامج التأمين الصحي و 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 (مَديكيد)، 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 سبق لكم واستهلكتم مياه من منظومة مياه مدينة فلينت وكنتم تقيمون أو تعملون أو تلقّيتم مُخصّصات برنامج رعاية الاطفال او مُخصّصات تعليم في مكان سكنكم الذي كانت تزوده منظومة مياه فلينت (Flint Water System) للفترة من إبريل/ نيسان 2014 إلى 30 سبتمبر/ أيلول 2025؟

إذا كانت إجابتكم نعم، قد ترغبون بتقديم طلب لتغطية الرعاية الصحية على الموقع الإلكتروني التالي:
www.michigan.gov/mibridges او تقديم طلب في استمارة DCH-1426 الخاصة بالتقديم لبرنامج التغطية الصحية والمساعدة في دفع نفقات التامين الصحي.

مَنْ يكون لهم الأهليّة؟

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

- يجب عليكم استخدام الطلب لتقديم طلب لأحد أفراد أسرتكم.
- قدّموا طلباً حتى ولو كان لديكم أو لدى طفلكم تغطية صحية. يمكن أن يكون لكم أهليّة 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 أهليّة 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.

يجب على الآباء والأمهات الذين يقدمون طلب تغطية الرعاية الصحية لأنفسهم، وليس لأطفالهم، تقديم إثبات بأن لدى الأطفال تغطية موثوق بها، حتى يكونوا لهم أهليّة الحصول على التغطية. إن التغطية الموثوق بها هي تغطية تأمين صحي تحت أيّ من التغطيات التالية: خطة صحية جماعية؛ تأمين صحي للأشخاص على أساس فردي؛ تأمين صحي للطلاب؛ Medicare (مَديكير)؛ Medicaid (مَديكيد)؛ CHAMPUS (تشامبوس) و TRICARE (ترايْكير)؛ The Federal Employees Health Benefits Program (برنامج المنافع الصحية للموظفين الفيدراليين)؛ Indian Health Service (الخدمات الصحية للقبائل الهندية)؛ The Peace Corps (فيالق 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 تغطية خدمات التأمين الصحي المدعومة من قبل حكومة الولاية من خلال برنامج المجموعات العالية المخاطر (State Health Insurance High Risk Pool).

مَنْ يتطلب مني شملهم في الطلب؟

يجب عليكم تعبئة الطلب لكل شخص من أفراد أسرتكم وأفراد منزلكم حتى ولو كان لأيّ منهم تغطية صحية فعلاً. سنتأكّد 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):

- أي زوج/زوجة.
- أي ابن أو ابنة، بما فيهم أولاد الزوج أو الزوجة من زواج سابق الذين يعيشون معكم وتقلّ أعمارهم عن 21 عاماً.
- أي 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 يتوجّب 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):

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

للحصول على مساعدة في تعبئة الطلب، تفضّلوا بزيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان التالي: 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.

كيف يتم احتساب المخصصات؟

يعتمد مبلغ الإعانة التي تتلقونها أو نوع البرنامج الذي لكم أهليّة الاشتراك فيه على عدد الأشخاص في أسرتكم ومقدار دخلهم. 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.

ماذا يحدث بعد تقديمكم الطلب؟

إذا لم يكن لديكم كل المعلومات التي نطلبها منكم، فما عليكم عمله في أي حال من الأحوال إلاّ توقيع طلبكم وتقديمه إلينا. سنتابع معكم في غضون أسبوع واحد إلى أسبوعين من استلام طلبكم. وستحصلون على إرشادات حول الخطوات التالية لاستكمال المعلومات الناقصة على طلبكم للتغطية الصحية.
وإذا لم يصلكم خبر منا، فعليكم الاتصال هاتفياً على خط المساعدة لشؤون الطلب على الرقم 855-276-4627 أو 800-642-3195. لا تعني تعبئتكم للطلب بأنه يتوجّب عليكم شراء التغطية الصحية.

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 الإقرارات الضريبية الخاصة بكم 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 محقّاً للحصول على مساعدة من برامج الـ Medicaid (مَديكيد)، أو Healthy Michigan Plan (خطة ميشيغان الصحية)، أو MIChild (برنامج رعاية صحية مخصص للأطفال ذوي الدخل المنخفض).

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 عنكم في MDHHS بذلك. قد يكون لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم.**

لكي تدّعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام عنكم في MDHHS بذلك الآن.

استرداد النفقات التي يصرفها برنامج الـ Medicaid (مَديكيد) 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 (مَديكيد) 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 مهملة (ممتلكات مهملة) (Asset Disregard) لسبب عائد إلى سياسة الشراكة المعنيّة بالرعاية الطويلة الأجل، فسيتم التغاضي عن جزء من المبلغ المطلوب عملاً باسترداد المدفوعات من التركة (Estate Recovery). وفي حال حصولكم على أصول مهملة (ممتلكات مهملة) لسبب عائد إلى سياسة الشراكة المعنيّة بالرعاية الطويلة الأجل، فسيسري الاسترداد من التركة على جميع الممتلكات سواء كانت خاضعة لإثبات صحة الوصية أو لا. لا يسري الاسترداد من التركة إلاّ على متلقّين معينين من برنامج الـ Medicaid (مَديكيد) 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.

يتوجّب 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 منسّقة، 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 مَن يكون في عهدتكم (برنامج الإعانة الطبية - MA)

قد يتم تبادل المعلومات الضرورية بين الخطط والبرامج الصحية المشتركون 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 المعقّدة 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 تتقدّمون باستئناف فهذا يعني أنكم تقولون لأحد في Health Insurance Marketplace أو الـ 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.

التعاريف والمعلومات الخاصة لخطة ميشيغان الصحية

ضعف طبي - لدي ضعف طبي بسبب واحد أو أكثر مما يلي:

- لديّ حالة جسدية أو نفسية أو عاطفية تحد من النشاط اليومي، مثل الإستحمام
- لدي إعاقة جسدية أو فكرية أو تنموية تجعل من الصعب القيام بأنشطة الحياة اليومية
- لديّ حالة جسدية أو نفسية أو عاطفية يجب فحصها مراراً
- لدي إعاقة إستنادًا إلى معايير الضمان الإجتماعي (دخل الإعاقة من الضمان الإجتماعي) (SSDI)
- لدي إضطراب مزمن في تعاطي المخدرات (SUD)
- لديّ حالة طبية خطيرة ومعقدة، أو إحتياجات طبية خاصة
- أنا في دار للرعاية الطويلة الأجل لكبار السن، أو في دار رعاية الأشخاص الذين يقتربون من نهاية الحياة او أحصل على خدمات المساعدة المنزلية
- أنا بلا مأوى
- أنا من الناجين من العنف المنزلي

برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

لمحة عامة

بقدّم برنامج الإعانة الغذائية (FAP) مخصصات لشراء المواد الغذائية أو زرعها لأفراد منزلكم.

مَنْ يكون لهم الأهليّة؟

قد تكون مؤهلاً لبرنامج الإعانة الغذائية إذا كان لديك دخل منخفض و 15,000 دولار أو أقل كممتلكات.

الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة: قد يكون أفراد منزلكم مؤهلاً لمعالجة طلبهم المقدم لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) في ظرف سبعة أيام، في الحالات التالية:

- أن يكون دخلكم الشهري (قبل اقتطاع الضرائب) أقل من 150 دولار، وأن يكون بحوزتكم في الوقت الحالي 100 دولار أو أقل نقداً بين متناول أيديكم أو في حساباتكم المصرفية؛ **أو**
- أن يكون دخل أفراد منزلكم الشهري المشترك (قبل اقتطاع الضرائب) والمبلغ النقدي بين متناول أيديكم أو في حساباتكم المصرفية أقل من المجموع الشهري المشترك لقسط الإيجار أو قسط الرهن العقاري والمرافق العامة؛ **أو**
- أن تكونوا من العمال المتنقلين أو العمال الذين يعملون في المواسم الزراعية الذين توقف دخلهم وأن يكون بحوزتكم في الوقت الحالي 100 دولار أو أقل نقداً بين متناول أيديكم أو في حساباتكم المصرفية.

إذا كنتم مؤهلين لمعالجة طلبكم في ظرف سبعة أيام، يجب عليكم أن تحضروا مقابلة وتقديم إثبات بهويتكم الشخصية واستكمال تعبئة الطلب بأكمله.

كما سيُطلب منكم تقديم إثبات بشأن معلومات أخرى (كالدخل، وعنوان سكنكم، وما إلى ذلك) في غضون 30 يوماً لكي يحق لكم الاستمرار في تلقّي مخصصات الإعانة الغذائية. إذا قمتم بتقديم الإثباتات عند تقديم طلبكم، فيمكن أن تحصلوا على فترة أطول من مخصصات الإعانة الغذائية.

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

*سيتمّ تطبيق اختبار الأصول) Asset Test (على المجموعات التي تمّ استبعاد أيٍّ فرد من فرادها بسبب انتهاك متعمَّد للبرنامج (IPV)، أو أنّ أحد أفرادها مجرماً هارباً من القانون، أو إذا كان ربّ الأسرة المعيشيّة غير مؤهَّل لنشاط متعلّق بالتوظيف. الأصول (التي تبلغ قيمتها 4,500 دولار أو أقلّ لمجموعات كبار السن/أو ذوي الإعاقة/أو المحاربون القدامى من ذوي الإعاقة (مجموعات SDV) أو 3,000 دولار أو أقلّ لأشخاص غير منتمين لمجموعة SDV).

كيف يتم احتساب المخصصات؟

يستند كلّ من الأهليّة واحتساب مبالغ المخصصات إلى عدد الأشخاص في أفراد منزلكم المشتركون 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 (يقتصر هذا على الأشخاص في سن الـ 60 عاماً أو أكثر، أو المحاربين القدامى ذوي الإعاقة، أو الأشخاص ذوي الإعاقة).
- بعض تكاليف السكن والمرافق العامة.
- خدمة الإنترنت
- يمكن للمجموعات المشرّدة التي يكون جميع أعضائها بلا مأوى الحصول على خصم مأوى للمشرّدين، إذا كانت لديهم نفقات مأوى.
- 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 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. علكيم أن تقرِّروا ما إذا كانت نفقة إعالة الطفل) Child Support (مناسبة لأسرتكم.

قد تحيلكم MDHHS إلى برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل وتعرض عليكم التقديم للحصول على خدمات نفقة إعالة الطفل. يقدِّم برنامج نفقة إعالة الطفل العديد من الخدمات التي يمكن أن تساعدكم وتساعد طفلكم أو أطفالكم. ينبغي عليكم أن تفكِّروا ما إذا كانت خدمات نفقة إعالة الطفل مناسبة لعائلتكم. وإذا كنتم لا تكترثون في الحصول عليها في الوقت الحاضر، فيمكنكم طلب المساعدة بشأنها في أيِّ وقت في المستقبل.

لا يتطلَّب منكم التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل لكيِّ تتلقُّوا الإعانة الغذائية.

إذا كنتم تعتقدون أن طلبكم لخدمات نفقة إعالة الطفل سيُلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم التحدُّث مع Office of Child Support)المكتب المعني بشؤون نفقة إعالة الطفل(لمعرفة كيف يمكن للمكتب أن يساعدكم في هذا الأمر.

لمزيد من المعلومات حول خدمات نفقة إعالة الطفل، تفضَّلوا بزيارة الموقع الإلكتروني التالي https://www.michigan.gov/childsupport أو الاتصال هاتف أي ب Office of Child Support على الرقم 866-540-0008.

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 تتلقّون 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 تقلّلوا 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 لتلقّي المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP).

ماذا يحدث إذا لم أتقيّد بقواعد العمل؟

إذا كنتم تتلقون مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ولم تتقيّدوا 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 قادرون 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 الأجور الأدنى بالولاية.
- لم يتم تقديم مواءمات (وسائل مساعدة) معقولة لكم.
- حصلتم على تأجيل.
- انتقلتم من سكنكم بسبب وظيفة عمل أو تعليم أو تدريب أحد أفراد منزلكم.
- تفرض عليكم وظيفتكم أن تتقاعدوا أو تشتركوا أو تستقيلوا أو تمتنعوا عن الاشتراك في نقابة عمّال 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 بصفتكم 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 عنكم في MDHHS.

ما هي الاستثناءات من قواعد العمل؟

قد يُعفى بعض الذين يتلقّون الإعانة الغذائية من قواعد العمل، وإذا كنتم تظنون أنه ينبغي إعفاؤكم من قواعد العمل، فيجب عليكم أن تتحدثوا مع 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 ولا يزيد عن الـ 55 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 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.
- إن برنامج الإعانة النقدية للاجئين (Refugee Cash Assistance الذي يعرف باسمه المختصر RCA) هو برنامج إعانة نقدية مؤقتة للأشخاص الذين تم إدخالهم إلى الولايات المتحدة كلاجئين أو لأحد يتم معاملتهم كلاجئ.
- يقدم برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (State Disability Assistance الذي يعرف باسمه المختصر SDA) الإعانة النقدية للأشخاص البالغين ذوي الإعاقة، أو للقائمين بالعناية الذين يعيشون مع الذين يقدمون العناية لهم، أو أشخاص في ترتيبات معيشة خاصة، أو أشخاص في سن 65 عاماً وأكبر سناً من ذلك.

مَنْ يكون مؤهلاً؟

قد تكون مؤهلاً لبرامج الإعانة النقدية إذا كان لديك دخل منخفض و 15,000 دولار أو أقل كممتلكات نقدية و 200,000 دولار أو أقل كأصول عقارية.

برنامج استقلال الأسرة (FIP): قد يكون لكم أهليّة الحصول على إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP) إذا كنتم إمّا 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 60 شهراً على مدى الحياة الذي تفرضه الولاية ما لم يكن لكم أهليّة الحصول على استثناء أو إعفاء شهري (استفسروا عن التفاصيل من عنكم في MDHHS). ويشمل ذلك أي إعانة نقدية قد حصلتم عليها من ولاية أخرى.

برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA): قد يكون لكم أهليّة الحصول على إعانة نقدية من برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) إذا كنتم من اللاجئين (أو من الذين يتم معاملتهم كلاجئين) كما تحدده الوكالة الأمريكية لخدمات المواطنة والهجرة (United States Citizenship and Immigration Services التي تعرف باسمها المختصر USCIS) في غضون أربعة أشهر من تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة، ولا يكون لكم الأهليّة في الحصول على إعانة نقدية من برنامج استقلال الأسرة (FIP).

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) أو الإعانة النقدية للاجئين (RCA) 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 عمى.
- 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 المواد المخدرة أو مركز لما بعد علاج سوء استخدام المواد المخدرة.

كيف يتم احتساب المخصصات؟

يستند مبلغ المنحة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) إلى التالي:

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

العميل لديه الخيار لاستبعاد الزوج/ الزوجة الجديد(ة) من مجموعة برنامج استقلال العائلة (FIP) المعتمدة لمدة تصل إلى 18 شهرًا بعد شهر الزواج عند إستيفاء جميع المعايير التالية:

- أن تكون ناشط في برنامج استقلال العائلة
- الزوج/ الزوجة الجديد(ة) غير منضم(ة) لبرنامج استقلال العائلة.
- أن يكون مجموع االأصول العائدة لمجموعة البرنامج مساويا او اقل من ضعف الحد المسموح للأصول ببرنامج استقلال العائلة
- أن يكون مقدار الدخل الصافي العائد لمجموعة البرنامج أقل من ضعف المعيار المعول به للدفوعات الشهرية لبرنامج استقلال العائلة فيما يخص حجم المجموعة.

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 في إثبات الأبوة و/أو الحصول على أمر دعم لطفلكم. سوف يرسل لكم مكتب إعانة الطفل رسالة. إتبع التعليمات التي تتضمنها الرسالة. يجب عليكم مساعدة الإخصائيين في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولون 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. سوف يحدد عن حالتكم في قسم الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغن إذا كان لديكم سبب وجيه لعدم التعاون في تقديم المساعدة. بعض هذه الأمثلة للأسباب الموجبة، الإغتصاب، سفاح القربى، سوابق الإساءة، أو التهديد بالإساءة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى.**

لكي تدّعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام عنكم في MDHHS بذلك الآن.

كل شهر تستلم فيه مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP)، يمكن أيضًا أن تستلم بعضًا من نفقة إعالة الطفل التي يتم جمعها بواسطة إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS). يتم استخدام نفقة الإعالة التي يتم جمعها لسدادها لإدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) مقابل المبالغ النقدية (cash) التي يدفعها لك.

وفي حال استلام إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) مبلغا من نفقة إعالة الطفل أكثر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك لمدة شهرين على الأقل، فيمكن لإدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) أن تغلق ملف برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك حتى تتمكن من تلقي مدفوعات نفقة إعالة الطفل مباشرةً.

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 طبياً 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 (لبرنامج 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 لـ 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) المموّل من الولاية وتتلقون 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 وتسدد ما يستحق عليكم لـ MDHHS. إذا لم تسترد MDHHS كل ما يستحق لها من الشيك الأول المصروف لكم من الـ 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) وبرنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) فقط)

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) والامتثال بها: ستسرد خطة الاكتفاء الذاتي للأسرة (FSSP) أنشطة العمل التي يتوجّب عليكم القيام بها إلى حد يصل لـ 40 ساعة في الأسبوع للحصول على إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP). تقومون بتصميم هذه الخطة مع 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 التغيّب عن العمل.

قواعد العمل لبرنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA):

- وضع خطة الاكتفاء الذاتي لأسر اللاجئين (Refugee Family Self-Sufficiency Plan التي تعرف باسمها المختصر RFSSP) والامتثال بها:
- أن لا تتركوا الوظيفة أو ترفضوا العمل أو تخفّضوا ساعات العمل.
- أن لا تُطردوا من الوظيفة لأسباب سلوكية أو التغيّب عن العمل.

ماذا يحدث إذا لم أتقيّد بقواعد العمل؟

إذا كنتم تتلقون إعانة من برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) ولم تتقيّدوا 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 أسرتكم لمدة ثلاثة أشهر للمرة الأولى، ولمدة ستة أشهر للمرة الثانية وبشكل دائم للمرة الثالثة.
- احتساب جميع أشهر العقوبة تجاه حد الـ 60 شهراً على مدى الحياة الذي تفرضه الولاية الخاص بكم (يسري هذا على برنامج استقلال الأسرة (FIP) فقط)
- توقيف صرف الإعانة لكم من برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) لمدة ثلاثة أشهر على الأقل (ولكن قد يكون لبقية أفراد منزلكم الأهليّة للحصول عليها)
- 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 تشرّد).
- مرض أو إصابة.
- طلبتم خدمة رعاية أطفال ولم يتم تقديمها لكم.
- طلبتم خدمات نقل ولم يتم تقديمها لكم.
- 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 قادرون 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 الأجور الأدنى بالولاية.
- لم يتم تقديم مواءمات (وسائل مساعدة) معقولة لكم.

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

ما هي الاستثناءات من قواعد العمل؟

قد يُعفى بعض الذين يتلقّون الإعانة النقدية من قواعد العمل. إذا كنتم تتلقّون 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 عنكم في MDHHS.

قد تحصلون على إعفاء من قواعد العمل الخاصة ببرنامج استقلال الأسرة (FIP) أو برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA) إذا كنتم:

- في سن 65 عاماً أو أكثر.
- والد(ة) طفل رضيع يقل عن الشهرين (2) من العمر. قد يتم تعيينكم في أنشطة تعزيز أواصر الأسرة عندما يبلغ طفكم 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.

مَنْ يكون مؤهلاً؟

- أسرة بدخل منخفض.
- والد(ة) بالتربية البديلة مرخّص 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.

إذا كان لديكم الأهليّة عند تاريخ تقديم طلبكم، فستكون قادرون على الحفاظ على مخصصاتكم من برنامج CDC لمدة 12 شهراً المقبلة. ويجدر بالذكر أن هناك بعض الاستثناءات.

كيف يتم احتساب المخصصات؟

يمكنكم الاطلاع على مقياس الأهليّة بناء على الدخل ونسبة الإعانة في تسديد تكاليف رعاية الأطفال على الموقع التالي: 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 مرخص لرعاية الأطفال.
- مقدّمو خدمات رعاية الأطفال المسجّلون في إدارة التعليم على مدى الحياة والتقدّم والإمكانات لولاية ميشيغان (Michigan Department of Lifelong Education Advancement, and Potential التي تُعرف باسمها المختصر MiLEAP) بأنهم مُعفون من الترخيص وأنهوا التدريب لحلقة توجيهية في البداية العظمية للجودة (Great Start to Quality Orientation) ويُقدّمون خدمات الرعاية في منزل الطفل أو يرتبطون بالطفل بصلة الدم أو الزواج أو التبنّي بصفتهم أحد الأجداد أو جَدْ الأجداد، أو إحدى العمّات/الخالات / عمة الأب /الأم أو خالة الأب/ الأم ، العم أو الخال / عم الأب/الأم أو خال الأب / الأم، أو أحد الأخوة والأخوات)وهذا يسري فقط إذا كان مقدّم الرعاية والطفل لا يعيشان سويّاً في نفس العنوان(ويقدّمون 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.

إذا كان مقدم الرعاية صديق أو احد أفراد الاسرة سيتم إصدار دفعات بدل الرعاية لكم ومسؤوليتكم أن تدفعوها لمقدم الرعاية والخدمات. لتقديم طلب مقدم رعاية معفى من الترخيص يمكنكم استكمال الطلب على الموقع الإلكتروني التالي: www.michigan.gov/childcare واتبّاع التعليمات الواردة في الطلب.

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؟

علكيم أن تقرّروا ما إذا كانت نفقة إعالة الطفل) Child Support (مناسبة

قد تحيلكم MDHHS إلى برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل وتعرض عليكم التقديم للحصول على خدمات نفقة إعالة الطفل. يقدِّم برنامج نفقة إعالة الطفل العديد من الخدمات التي يمكن أن تساعدكم وتساعد طفلكم أو أطفالكم. ينبغي عليكم أن تفكّروا ما إذا كانت خدمات نفقة إعالة الأطفال مناسبة لعائلتكم. وإذا كنتم لا تكترثون في الحصول عليها في الوقت الحاضر، فيمكنكم طلب المساعدة بشأنها في أيّ وقت في المستقبل.

لا يتطلّب منكم التعاون مع برنامج شؤون نفقة إعالة الطفل لكيّ تتلقّوا رعاية الأطفال.

إذا كنتم تعتقدون أن طلبكم لخدمات نفقة إعالة الطفل سيُلحق أذى بكم أو بطفلكم، فعليكم التحدّث مع Office of Child Support)المكتب المعني بشؤون نفقة إعالة الأطفال(لمعرفة كيف يمكن للمكتب أن يساعدكم في هذا الأمر.

لمزيد من المعلومات حول خدمات نفقة إعالة الطفل، تفضّلوا بزيارة الموقع الإلكتروني التالي https://www.michigan. gov/childsupport أو الاتصال هاتف أي ب Office of Child Support على الرقم 866-540-0008.

الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

لمحة عامة

يقدم برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief الذي يعرف باسمه المختصر SER) مساعدة محدودة إلى أفراد المنزل ذوي الدخل المنخفض الذين يعانون من حالة طارئة تهدد صحتهم أو سلامتهم. تتضمن الخدمات المشمول تغطيتها التالي:

- دفعات تكاليف السكن المؤقت من أجل تجنّب حالات التشرد أو القضاء عليها.
- دفعات القرض العقاري والتأمين و/أو الضريبة العقارية من أجل إيقاف المصادرة أو حبس الرهن العقاري أو بيع الممتلك العقاري لأسباب عدم دفع الضريبة.
- إجراء تصليحات منزلية بشكل محدود.
- فواتير التدفئة والكهرباء والمنافع العامة المنزلية.
- تكاليف الدفن.

مَنْ يكون مؤهلاً؟

قد يكون لكم أهليّة الحصول على إعانة من برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة (SER) إذا:

- كان لديكم دخل منخفض وأصول محدودة.
- ليس من المحتمل أن يعاود حدوث الحالة الطارئة (على سبيل المثال: للحصول على مساعدة في دفعات أقساط دفع الإيجار أو البيت، يجب عليكم أن تثبتوا أن لديكم دخلاً كافياً لتكاليف سكنكم في المستقبل).
- لقد قمتم بدفع مدفوعات معينة مفروض دفعها على مأواكم السكني وفواتير التدفئة والكهرباء و/أو المرافق العامة.

كيف يتم احتساب المخصصات؟

يعتمد مبلغ المساعدة الذي تحصلوا عليه على عدد الأشخاص في منزلكم والدخل والأصول ونوع الخدمة المطلوبة وعوامل أخرى

بتوقيعكم على طلبكم، فإنكم توافقون على استيفاء هذه المسؤوليات.

المسؤوليات المترتبة عليكم

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 41 للحصول على أمثلة حول المعلومات التي ستحصل عليها MDHHS من الآخرين وتعطيها للآخرين.

الإدلاء بالحقيقة

إنكم مسؤولون عن إعطاء معلومات بشكل صحيح ودقيق على هذا الطلب. ويمكن أن تخضعوا لعقوبات إذا تعمّدتم 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 44 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 بريديج "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 وسيتوجّب عليكم تسديد قيمتها. تتضمن العقوبات الجزائية كل من الغرامات المالية والسجن والاستبعاد من برامج الإعانة في المستقبل. إذا كنتم تتلقون الإعانة النقدية، فيحظّر 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 والتنباك أو المقامرة أو لأنشطة غير قانونية أو في صالونات التدليك أو المنتجعات 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 44 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 خطأ، فيجب على البالغين(18 سنة و ما فوق) من أفراد منزلكم تسديد المخصصات الإضافية. وفيما يخص برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، قد يكون الممثل المفوّض (الذي يكون لهم حق الوصول إلى مخصصاتكم وتسوّق المواد الغذائية لكم) أو قد يكون هناك كفيل أجنبي أيضًا 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 تلقيتموها. إذا كنتم تعترضون على المبلغ الذي تأخذه MDHHS، فعليكم الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 39 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 مُخصّصات من ال Medicaid مَ)ديكيد(أو برنامج استقلال الأسرة) FIP (، أو من كلاهما، فيجب عليكم مساعدة الأخصائيون في شؤون نفقة إعالة الأطفال المسؤولون 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 تقدِّموا لهم المساعدة المطلوبة منكم، فيجوز أن تخسروا جزءاً من مُخصّصات إعانتكم أو كلها. **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 عنكم في MDHHS بذلك. سيقرر عنكم في MDHHS إذا كان لديكم سبب لمبرر وجيه لعدم المساعدة في شؤون حالتكم. إن الاغتصاب وزنا المحارم وسوابق في الاعتداء والانتهاك أو التهديد بالاعتداء والانتهاك هي بعض الأمثلة عن الأسباب لمبررات وجيهة. علماً أن هناك أسباباً لمبررات وجيهة أخرى. لتدّعوا أن لديكم مبرر وجيه، عليكم إعلام 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 يتعدّى 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 تبلّغوا عن التغيير، فيجوز مقاضاتكم بسبب الغش والاحتيال أو رفض صرف المخصصات لكم. يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 38 لمعرفة كيفية التبليغ عن التغييرات.

بالنسبة لـ FAP فقط، ستخبرك MDHHS إذا كانت قواعد الإبلاغ المختلفة تنطبق عليك، مثل مجموعات الإبلاغ المبسطة أو المتغيرة.

تقديم الإثباتات

أرباح اليانصيب/القمار

بالنسبة لجميع مجموعات برنامج الإعانة الغذائية FAP ، يتعين عليك الإبلاغ عن كل المبالغ التي كسبتها من اليانصيب او المقامرة التي تساوي أو تزيد عن 4,250 دولار في العاشر من الشهر الذي يلي استلامكم المكاسب بغض النظر عما إذا كان لديك اختبار الأصول.

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 الأهليّة في تلقّي المخصصات.

السعي في الحصول على مخصصات أخرى قد يكون لكم الأهليّة في الحصول عليها

فيما يخص معظم البرامج، يجب عليكم تقديم طلب لمخصصات أخرى قد يكون لكم أهليّة 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 أهليّة 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. إذا كنتم بحاجة إلى مساعدة في الحصول على رقم ضمان اجتماعي، فيجب عليكم زيارة الموقع الإلكتروني socialsecurity.gov، أو الاتصال هاتفياً بمصلحة الضمان الاجتماعي على رقم الهاتف 800-772-1213. يجب على مستخدمي المبرقة الكاتبة (TTY) الاتصال بالرقم 800-325-0778.

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 يعجّل عملية معالجة الطلب. تستخدم MDHHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من الدخل ومعلومات أخرى لنرى من يكون لهم أحقية الحصول على مساعدة في دفع التغطية الصحية.

فيما يخص معظم البرامج، يجب عليكم تقديم كل الأوراق و الوثائق المطلوبة و ذلك قبل ان يتم تحديد أهليتكم للحصول على االمخصصات. و تقديم الأوراق التي تثبّت بأنكم ما أخبرتم الإدارة به هو صحيح وصادق. 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 FAP 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.

حقوقكم

يشير طلبكم العام 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 التصرّف بالسرعة المعقولة . يمكنكم أن تطلبوا عقد جلسة استماع بشأن برنامج الإعانة الغذائية (FAP) عبر الهاتف. ويجب طلب جلسات الاستماع لجميع البرامج الأخرى كتابة. يمكنكم ان تشرحوا سبب عدم موافقتكم على القرار الذي أتخذا بحقكم وتقديم الإثبات بذلك خلال جلسات الإستماع.

يجوز لكم الاستمرار في الحصول على إعانتكم إذا قمتم بتقديم التماسكم لعقد جلسة استماع في غضون عشرة 10 أيام من إشعار الرفض/ الإغلاق. 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.

ستُمنحون 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 ليمثّلكم. إذا لم يكن الشخص الذي يقوم بتمثيلكم محامٍ أو معيّناً من محكمة، فيجب عليكم أن تعطونا تفويضاً موقعاً من قبلكم. يجب عليكم إرفاق نسخة من أمر المحكمة إذا كان الشخص الذي يساعدكم مُعيَّناً من قبل المحكمة. سيرفض مكتب ولاية ميشيغان المعّني بشؤون جلسات الاستماع الإدارية وقواعدها (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules الذي يُعرف باسمه المختصر MOAHR) التماس عقد جلسة استماع إدارية المقدَّم من قبل مُمثل لكم، إذا لم تقوموا بتقديم إثبات بالتفويض. يتحتَّم على مُمثَّل جلسة الاستماع المفوَّض أن يكون مُفوَّضاً عنكم قبل أن يتمكن من تقديم الالتماس.

يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 39 للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية التماس عقد جلسة استماع.

دّقّموا طلبكم دون التعرّض للتمييز ضدكم (لا ترسلوا طلبكم هنا)

بيان عدم التمييز SNAP و FDPIR لنموذج الطلب المشترك

وفقًا لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي ، والجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) ، والعقيدة الدينية ، والإعاقة ، والعمر ، والمعتقدات السياسية ، أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط يتم تنفيذه أو تمويله من قبل وزارة الزراعة الأمريكية. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) ، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) ، والبرامج التي تديرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS بشكل مباشر ممنوعة أيضًا من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (على سبيل المثال ، لغة برايل ، الطباعة بخط كبير ، شريط صوتي ، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) عند قيامهم بتقديم طلب للحصول على المعونات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة تسهيل التواصل الفيدرالية على الرقم 8339-877 (800). بالإضافة إلى ذلك ، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

شكاوى الحقوق المدنية التي تشمل برامج وزارة الزراعة الأمريكية

تقدم وزارة الزراعة الأمريكية المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من برامج الأمن الغذائي والحد من الجوع مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) ، وبرنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR) وغيرها. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في البرنامج ، أكمل نموذج شكوى التعرض للتمييز في البرنامج)AD-3027 (الموجود على الإنترنت على العنوان

https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdfوفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDAأو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDAوقدم في الرسالة جميع المعلومات . **المطلوبة في النموذج** الشكوى ، اتصل على الرقم
632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDA عن طريق:

البريد: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314;أ
الفاكس: 256-1665 (833)أو ;690-7442 (202) أو
الهاتف: 620-1071 (833)، أو
البريد الإلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov .

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بمشكلات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية SNAP ، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن USDA SNAP على 221-5689 (800)، وهو أيضًا باللغة الإسبانية ، أو الاتصال بمعلومات الولاية / أرقام الخط الساخن (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن للولاية)؛ والتي يمكن الحصول عليها على الإنترنت على الرابط: :
https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory .

شكاوى الحقوق المدنية التي تتضمن برامج وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS

تقدم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية ، بما في ذلك TANF و Head Start وبرنامج مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) وغيرها. إذا كنت تعتقد أنه قد تم التمييز ضدك بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية) أو الدين في البرامج أو الأنشطة التي تديرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS بشكل مباشر أو التي توفرلها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS المساعدة المالية الفيدرالية ، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) لنفسك أو لشخص آخر.

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج الإعانة الغذائية التكميلية) SNAP (، يجب على الأشخاص الاتصال إما برقم الخط الساخن لبرنامج الإعانة الغذائية التكميلية) SNAP (التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على 5689 - 221 - 800 ، والذي يتاح أيضًا باللغة الإسبانية، أو الإتصال بأرقام المعلومات/الخط الساخن الخاص بالولاية) انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن حسب الولاية(؛ والتي يمكن العثورعليها عبر الإنترنت على: الخط الساخن لبرنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP) .

لتقديم شكوى بشأن التمييز ضدك أو ضد أي شخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS ، أكمل النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بـ OCR على الرابط: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. يمكنك أيضًا الاتصال بـ OCR عن طريق البريد على العنوان : Centralized Case Management Operations، U.S. Department of Health and Human Services، 200 Independence Avenue، S.W. ،Washington ،Room 509F HHH Bldg. D.C. 20201؛ الفاكس: 3818-619 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. للحصول على معالجة أسرع ، نحن نشجعك على استخدام بورتال OCR عبر الإنترنت لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديمها عبر خدمة البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى OCR على: OCRMail@hhs.gov أو الاتصال على الرقم المجاني لـ OCR على الرقم 1019-368-800-1 ، TDD 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في النطق ، يرجى الاتصال بالرقم 1-1-7للوصول إلى خدمات تسهيل التواصل. نحن نقدم أيضًا صيغ بديلة (مثل لغة برايل والطباعة بحروف كبيرة) ، والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجانًا لتقديم شكوى

هذه المؤسسة هي مزود تكافؤ الفرص.

(لا ترسلوا طلبكم هنا)

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، اللون أو المنشأ الوطني. وإذا لم تجاوبوا 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 عنكم في MDHHS باختيار جواب لكم. لا يسري هذا على CDC أو FAP.

تقدم بطلب بصفة مهاجر

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

- المقيمين الدائمين القانونيين (LPR)؛ (الأشخاص حملة الـ "غرين كارد").
- ملتمسي اللجوء من داخل الولايات المتحدة واللاجئين.
- المفرج عنهم بشروط لمدة تزيد عن سنة واحدة.
- 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.

إن حصولك للإعانة الغذائية أو الطارئة لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك. و قد يتم إحالته إلى USCIS (إدارة خدمات الهجرة والتجنس الأمريكية فقط عندما يكون مقدم الطلب متلقى للإعانة الغذائية أو النقدية 1) قد قدم القرار النهائي للترحيل خلال عملية تحديد الأهلية او 2) إذا تمت المصادقة خلال حلسات الإستماع الإدارية على تحديد عدم الأهلية بناء على وضع الهجرة. والمدعوم بقرار صادر من USCIS أو محكمة الهجرة (EOIR)، مثل أمر رسمي بالترحيل.

لا يطلب من الأفراد الذين لا يتقدمون بطلبات للحصول على الإعانة لأنفسهم والبالغين المتقدمين للحصول على تنمية ورعاية الأطفال تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو معلومات عن وضع الهجرة.

تقديم الطلب كمواطن أمريكي أو من رعاياها

فيما يخص بعض البرامج، يجب على الذين يدّعون أنهم من حملة الجنسية الأمريكية تقديم إثبات بجنسيتهم وهويتهم الشخصية. يتضمن إثبات الجنسية الأمريكية، على سبيل المثال وليس الحصر، جواز سفر أمريكي، أو شهادة التجنّس، أو سجل ولادة صادر من مصدر حكومي في الولايات المتحدة يثبّت 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 التبني؛ والأطفال في الرعاية البديلة، والأطفال حديثي الولادة الذين تم تسليمهم إلى السلطات عبر برنامج"التسليم الآمن "تقديم إثبات بالجنسية الأمريكية.

الحصول على خدمات الإعانة للذين يعانون من عنف أسري

قد نكون 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) تعرضّكم أو تعرّض أحد أفراد أسرتكم لخطر الأذى الجسدي أو العاطفي، أو 2) تعرضّكم إلى انتهاك جنسي، أو 3) سيكون ذلك مجحفاً بحقكم. إذا كان أيّ من هذه الأشياء ينطبق عليكم أو على فرد من أفراد أسرتكم، فعليكم إعلام عنكم في MDHHS بذلك الآن. يجب الاطلاع على "الموارد" على الصفحة 39 للحصول على تفاصيل حول الوصول إلى خدمات الإعانة للذين يعانون من عنف أسري.

الحصول على مساعدة إذا كنتم تعانون من إعاقة

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

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

التسجيل للتصويت

لن يؤثر تقديم طلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستُقدم إليك، أو على أهليتك. سيبقى قرارك بالتسجيل للتصويت أو عدم التسجيل في طي الكتمان. إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء طلب تسجيل الناخب، بإمكاننا مساعدتك أو يمكنك الاتصال بوزير الخارجية على الرقم المجاني ;888-SOS-MICH 888-767-6424 للحصول على المساعدة. يعود القرار بطلب المساعدة أو قبولها إليك. يمكنك أيضاً أن تملأ الطلب على انفراد. إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقك بالتمتع بالخصوصية في اتخاذ القرار إما إذا كنت تريد التسجيل؛ يمكنك تقديم شكوى عن طريق الكتابة إلى:

Michigan Department of State: Richard H. Austin Building
430 W. Allegan, Lansing, MI 48918
الرقم المجاني-SOS-MICH; 888-767-6424

الموارد

نسرد أدناه الموارد التي يمكن أن تساعدكم في اتخاذ قرارتكم.

إيجاد مكتب محلي تابعين له

- تحقق عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني: www.michigan.gov/contactMDHHS.

الحصول على مساعدة بشأن طلبكم

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.

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 الإنترنيت 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.

كيفية طلب النموذج MDHHS-2240-Bridges form "نموذج بردجس": تفضل بزيارة مكتبك المحلي واطلب النموذج MDHHS-2240.

في حال تقديم طلب إشهار إفلاس، يُرجى إرسال نسخة من إشعار الإفلاس الرسمي إلى:

Michigan Department of Health and Human Services
Reconciliation and Dispute Unit-Bankruptcy
PO Box 30820
Lansing, MI 48909

التبليغ عن الغش والاحتيال

إذهب إلى موقع www.michigan.gov/welfarefraud للإبلاغ عن حالات الاحتيال على الرعاية الاجتماعية المشتبه ها.

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 وأطلبوا نموذج التماس لعقد جلسة استماع (Request for Hearing)، رقم النموذج (DHS-18)؛ **أو**

بريدياً: تنزيل نموذج DHS-18 من الرابط https://www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/forms, located under subheading "Other": النماذج، الموجودة تحت العنوان الفرعي "أخرى".

- 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 (Hearing 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

- اتصل بمكتبك المحلي؛ **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

لديكم الحق والإذن للحصول على خدمات شاملة بشأن العنف الأسري.

- يمكنكم إيجاد المعلومات على الموقع الإلكتروني: 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

إحصلوا على المساعدة في دفع الديون المستحقة لإدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغن

اتصل بوحدة المصالحة والنزاعات على الرقم المجاني 3328-419-800 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 دفعتكم 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). وتسمّى بطاقة الدفع الفوري هذه ببطاقة 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 8914-678-888 لأجل 1) التبليغ عن بطاقة مفقودة أو تالفة؛ أو 2) طلب بطاقة بدل فاقد أو تالف؛ أو 3) إنشاء أو تغيير رقم تعريفي 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 المرحّل بميشيغان (Michigan Relay Center) على الرقم 711.

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 (القابض الحامي (المخول) - Protective Payee، أو (لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP)) شخص وافقتم عليه لشراء المواد الغذائية لأفراد منزلكم (ممثل مفوّض).

الاتصال ببرامج أخرى

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

- MDHHS MiChild: 888-988-6300
- Medicare (مَديكير): 800-633-4227
- موارد مجتمعية محلية وإحالات: 1-1-2
- MDHHS Farmworker Outreach Services Division (قسم الخدمات الخاص بالتواصل مع الزارعين MDHHS): هاتف: (833-742-9832) 833-SIAYUDA

تفاصيل الخصوصية

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.
- **مراقبة الجودة (QC) فرع البحث والتحقيق في الدفعات الفائضة (ORVS) 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 جهاز الحا سوب (الكمبيوتر)** - يسري على جميع البرامج. سيقوم قسم الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغن بالتحقق من دخلكم وأهليتكم للحصول على المساعدات وذلك بالتعاون مع الوكالات الفدرالية، وكالات الولاية والوكالات الخاصة للتأكد من صحة المعلومات التي تقدمت بها في إستمارة طلب المساعدة. 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 لتتحرى أيهما الأصح. قد يُطلب منكم إعطاء الإذن لنا للاتصال بأصحاب العمل أو البنوك أو بأي أشخاص آخرين.
- **مشاركة المعلومات (SER)** - قد تعمل MDHHS مباشرةً مع الأداة المساعدة مقدمي الخدمة، ومشاركة معلومات العميل من أجل إصدار الطاقة أو المرافق المدفوعات المباشرة. تتبع هذه العملية برنامج الطاقة المباشرة المتطلبات بين MDHHS ومقدم الخدمة/شركة المرافق.

المعلومات التي ستعطيها MDHHS عنكم للآخرين

- **إفشاء المعلومات لحاجات تتطلبها البرامج** - يمكن ان يسمح قسم الخدمات الصحية ة والإنسانية لولاية ميشيغن MDHHS بإفشاء معلومات لأسباب تتعلق مباشرة بإدارة مساعدات معينة. كما يمكن إفشاء معلومات محدودة وذلك إستجابة لطلب موظفي الحكومة الرسمين أثناء قيامهم بواجباتهم الرسمية أو لجمعيات خيرية محدودة. كذلك يمكنه الكشف عن إسمك وقيمة المعونات التي تتلقاها للعموم إذا كنت قد قدمت موافقة موقعة منك أو بأمر من المحكمة.
- **معلومات الأهليّة (برنامج الإعانة الغذائية (FAP)** - ترسل MDHHS معلومات عن أهليّة 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).
- **مشاركة المعلومات (SER)** - قد تتضمن المعلومات المشتركة، ولكن لا يقتصر على أرقام الحسابات وعنوان الخدمة وحالة MDHHS الرقم أو الرصيد المتأخر/الحساب أو الدفعة الصادرة. معلومة المشتركة مخصصة للاستخدام في إصدار مدفوعات الطاقة/المرافق المباشرة فقط و/ أو للحصول على التحقق اللازم لمعالجة طلبات SER.
- **معلومات استطلاع الآراء** - قد يتم الاتصال بكم لاستطلاع رأيكم بشأن تقييم جودة برامج MDHHS وتقييم قسم خدمة الزبائن لديها.

بيان الخصوصية (برنامج المساعدة الغذائية (FAP)

- جمع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الإجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، مصرح به بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011–2036 سيتم إستخدام المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدة الغذائية (FAP). سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. ستُستخدم هذه المعلومات أيضًا لرصد الإمتثال للوائح البرنامج ولإدارة البرنامج.
- قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إلى الوكالات الفيدرالية والخاصة بالولاية الأخرى لتدقيقها رسميًا، ولموظفي تطبيق القانون بغرض القبض على الأشخاص الهاربين للإلتفاف على القانون.
- إذا وردت شكوى إلى برنامج المساعدة الغذائية (FAP) ضد أسرتك، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الإجتماعي (SSNs)، إلى الوكالات الفيدرالية والخاصة بالولاية، كذلك وكالات تحصيل الشكاوى الخاصة، لإجراء تحصيل الشكاوى.
- تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الإجتماعي (SSN)- لكل فرد من أفراد الأسرة، أمر طوعي. مع ذلك، فإن عدم تقديم رقم الضمان الإجتماعي سيؤدي إلى رفض منافع برنامج المساعدة الغذائية (FAP) لكل فرد يفشل في توفير رقم الضمان الإجتماعي. سيتم استخدام أي أرقام للضمان الإجتماعي (SSNs) المقدمة والإفصاح عنها بنفس الطريقة مثل أرقام الضمان الإجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.

العقوبات الجزائية

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 لأغراض الحصول على مخصصات إضافية أو الاستمرار في الحصول عليها. إذا رأينا أنكم ارتكبتم جناية الغش والاحتيال أو مخالفة البرنامج عن عمد (IPV)، فيجوز أن نعقد جلسة استماع إدارية وتوجيه تهماً جنائية ضدكم أو نطلب منكم أن توقّعوا بملء إرادتكم اتفاق تجريد الأهليّة والاستبعاد من البرنامج.

الإتجار بمخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

قد تكونوا مذنبين أيضاً بارتكاب جناية 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 الإنترنيت أو شخصياً. لا يجوز لكم استخدام مخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريدج التي تخص أحد أفراد منزلكم لأشخاص آخرين أو تحاولون استخدامها. ولا يجوز لكم استخدام مخصصات الإعانة من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريدج لشراء أو محاولة شراء أي شيء آخر غير المواد الغذائية والبذور والنباتات لزرعها واستخدامها كطعام لأفراد منزلكم.

إذا تم الإثبات في المحكمة أنكم مذنبون بارتكاب جناية 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 الأهليّة 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**
- سيتحتم 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 38 لمعرفة كيفية التبليغ عن ضروب الغش والاحتيال المشتبه بها في الـ "ويلفير".

في حال قيامكم بأي من الأفعال التالية: • الإدلاء ببيان كاذب أو مضلّل. • إخفاء الحقائق أو تحريفها أو التكتم عنها لأجل الحصول على المخصصات أو الاستمرار في الحصول عليها. • المتاجرة بمخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقة بريدج (Bridge Card) أو محاولة المتاجرة بها أو بيعها بمبلغ أقل من 500 دولار على الإنترنيت أو شخصياً. • استخدام مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو محاولة استخدامها لشراء أشياء غير مسموح بها بموجب البرنامج كالمشروبات الكحولية أو التبغ والتنباك. • شراء المرطبات بمخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) ثم تفريغ محتوياتها فوراً وإرجاع الحاوية لقاء نقود. • استخدام مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات البريدج (Bridge Cards) التي تخص أحد أفراد منزلكم الآخرين أو تحاولون استخدامها.	**ستخسرون المخصصات من برنامج استقلال الأسرة (FIP)/برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/ أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:** • سنة واحدة للمخالفة الأولى • سنتان للمخالفة الثانية • على مدى الحياة للمخالفة الثالثة
في حال: • أدانتكم المحكمة بالكذب عن هويتكم الشخصية أو مكان سكنكم لكي تحصلوا على مخصصات من ولايتين 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)، والمَديكيد (Medicaid) ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income).	**ستخسرون المخصصات من برنامج استقلال الأسرة (FIP) للمدة التالية:** • 10 سنوات
في حال أدانت المحكمة أي فرد من أفراد منزلكم بشأن: • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لقاء المخدرات.	**ستخسرون المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:** • سنتان للجرم الأول • مدى الحياة للجرم الثاني
في حال أدانت المحكمة أي فرد من أفراد منزلكم بشأن: • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو محاولة المتاجرة بها لقاء أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات. • 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 الإنترنيت أو شخصياً. • شراء مواد غذائية بالدين ثم تسديد أو محاولة تسديد ثمنها في وقت لاحق باستخدام برنامج الإعانة الغذائية (FAP).	**ستخسرون المخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:** • مدى الحياة

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.

استبعاد المجرم الهارب

الشخص الذي يتهرب من الملاحقة الجنائية وينشط التي تتبعها سلطات إنفاذ القانون الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية ليست مؤهلة لذلك الحصول على مزايا FIP و/أو SDA و/أو FAP. لا يزال بإمكان أعضاء المجموعة الآخرين ذلك أن تكون مؤهلاً للحصول على مزايا FIP و/أو SDA و/أو FAP.

نظرة سريعة على تقديم الإثبات

بعد تقديمكم لطلبكم، سيرسل لكم 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. بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية، فإن مستندات الإثبات المطلوبة يجب أن تكون للفترة ضمن 30 يومًا الماضية.

أفراد المنزل

- إثبات الهوية: رخصة السياقة 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 (لـ SSI، RSDI، تعويض العمال، وما إلى ذلك).

النفقات

- إيصالات المعونات لتكاليف خدمة رعاية الأطفال والمسنين ذوي الإعاقة.
- إيصالات طبية لنفقات متكررة شهرياً (مثل غسيل الكلى، أدوية شهية وما إلى ذلك) أو فواتير لنفقات لمرة واحدة.
- إثبات قيمة الإيجار أو دفعة 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 عنكم في MDHHS.