

# طلب الإعانة

يمكنك تقديم هذا النموذج بإرساله بالبريد أو عبر جهاز الفاكس، أو إحضاره بنفسك إلى مكتب MDHHS المحلي لو تم تحديد أهليتك، فسوف يتم صرف مستحقات الإعانة الغذائية FAP إعتباراً من تاريخ تقديمك للطلب

يمكنك معرفة مكان المكتب الأقرب لك على الموقع الإلكتروني التالي:  
[www.michigan.gov/ContactMDHHS](http://www.michigan.gov/ContactMDHHS)

يمكنك تقديم الطلب على الموقع الإلكتروني التالي:  
[www.michigan.gov/mibridges](http://www.michigan.gov/mibridges)

→ اطلع على كتيب المعلومات للحصول على تفاصيل عن كل برنامج

## أهلاً وسهلاً بك!

### إملاء طلب الإعانة

أجب عن أسئلة عنك وعن أفراد المنزل

### إملاء تفاصيل البرنامج

### تغطية الرعاية الصحية

### برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

برنامج استقلال الأسرة (FIP)

برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA)

برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)

### الإعانة النقدية

### تنمية + رعاية الطفل (CDC)

### الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

### يمكنك تقديم طلبك لبرنامج واحد أو أكثر

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

## احصل على نتائجك

لغة الكتابة

لغة المحادثة

ما هي اللغة التي تفضل التواصل بها؟

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

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

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

رقم الحالة:

الرقم التعريفي:

# 1

## تسجيل مقدم الطلب

إذا لم تتمكن من إنهاء الإستمارة بالكامل اليوم، فيمكنك إكمال هذه الصفحة وإعادتها إلى إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) لغرض الحفظ تاريخ طلبك. سوف تحتاج الإدارة إلى الحصول على طلب الإعانة الخاص بك كاملاً قبل أن تتم موافقة أي من المخصصات. تاريخ استلام طلب التقديم للإعانة واستمارة التعيين الخاصة بك من قبل إدارة الخدمات الصحية والإنسانية في ولاية ميشيغان قد يؤثر على التاريخ الذي تبدأ فيه مخصصات الإعانة. إذا تم تحديدها مؤهلاً، وسوف تكون فوائد برنامج FAP تصدر اعتباراً من تاريخ يتم تقديم الطلب.

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

نحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يقدمون طلباً للحصول على إعانة ولديهم رقم ضمان اجتماعي أو يمكنهم الحصول على رقم. يجب الاطلاع على الصفحة 32 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

متشرد(ة)

الاسم القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)

رقم الشقة/ قطعة الأرض

عنوان شارع أفراد المنزل - المكان الذي تعيش فيه حالياً

الرمز البريدي

الولاية

المقاطعة

المدينة

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

- -

/ /

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ الميلاد

@

( ) -

( ) -

عنوان البريد الإلكتروني

رقم هاتف المنزل

رقم الهاتف الخليوي

لا

نعم

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

ما هي البرامج التي تقدم طلباً لها اليوم؟

إغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

رعاية الطفل

نقود

غذاء

رعاية صحية

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

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

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

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

لبرنامج الإعانة الغذائية فقط (FAP)

## وقع اسمك هنا

أصرح تحت عقوبة شهادة الزور بأنني راجعت هذا الطلب وأن الأجوبة التي أعطيتها في هذا الطلب هي صحيحة إلى حد علمي واعتقادي. في حال إعلاني عن وجود ممثل مفوض من قبلي فمن خلال توقيع أدناه، أسمح لهذا الشخص توقيع طلبي والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب. للرعاية الصحية فقط، أنا اعطي الإذن للشخص المفوض من قبلي لينوب عني في جميع الأمور المستقبلية.

التاريخ

توقيع الممثل

توقيع مقدم الطلب

# 2

## أفراد المنزل

إن إعطاء رقم الضمان الاجتماعي والإجابة على سؤال إذا كنت من مواطني أو رعايا الولايات المتحدة هو اختياري للأشخاص الذين لا يقدمون طلباً للإعانة. يجب الاطلاع على الصفحة 32 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

إن الإجابة عن الإثنية/العرق هو اختياري ولن يؤثر على أحقيتك في الحصول على إعانة أو المخصصات. يجب الاطلاع على الصفحة 36 من كتيب المعلومات للحصول على مزيد من التفاصيل

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

هل يعيش/

تعيش في المنزل؟

مواطن أمريكي متزوج(ة) أو من رعاياها

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ الميلاد

الجنس

الاسم القانوني الكامل

صلتهم بك

نعم | لا | نعم | لا | نعم | لا

- -

/ /

ذكر | أنثى

أنت

مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية | غذاء | نقود | رعاية الأطفال | إعانة في الحالات الطارئة من الولاية | لا شيء  
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:

هسباني / لاتيني | ليس من أصل هسباني / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود | هندي أمريكي / سكان الاسكا الأصليين | آسيوي | من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادسي فيكي الأخرى الأصليين | أبيض

نعم | لا | نعم | لا | نعم | لا

- -

/ /

ذكر | أنثى

مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية | غذاء | نقود | رعاية الأطفال | إعانة في الحالات الطارئة من الولاية | لا شيء  
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:

هسباني / لاتيني | ليس من أصل هسباني / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود | هندي أمريكي / سكان الاسكا الأصليين | آسيوي | من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادسي فيكي الأخرى الأصليين | أبيض

نعم | لا | نعم | لا | نعم | لا

- -

/ /

ذكر | أنثى

مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية | غذاء | نقود | رعاية الأطفال | إعانة في الحالات الطارئة من الولاية | لا شيء  
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:

هسباني / لاتيني | ليس من أصل هسباني / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود | هندي أمريكي / سكان الاسكا الأصليين | آسيوي | من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادسي فيكي الأخرى الأصليين | أبيض

نعم | لا | نعم | لا | نعم | لا

- -

/ /

ذكر | أنثى

مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية | غذاء | نقود | رعاية الأطفال | إعانة في الحالات الطارئة من الولاية | لا شيء  
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:

هسباني / لاتيني | ليس من أصل هسباني / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود | هندي أمريكي / سكان الاسكا الأصليين | آسيوي | من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادسي فيكي الأخرى الأصليين | أبيض

نعم | لا | نعم | لا | نعم | لا

- -

/ /

ذكر | أنثى

مقدم طلب إلى: الرعاية الصحية | غذاء | نقود | رعاية الأطفال | إعانة في الحالات الطارئة من الولاية | لا شيء  
الإجابة عن أسئلة الإثنية اختياري: الإجابة عن أسئلة العرقية اختياري:

هسباني / لاتيني | ليس من أصل هسباني / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود | هندي أمريكي / سكان الاسكا الأصليين | آسيوي | من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادسي فيكي الأخرى الأصليين | أبيض

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

2

# 3

## تفاصيل عن أفراد المنزل

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة للذي يقدم طلباً

لبرنامج الإعانة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

غير مطلوب لبرنامج الإعانة الغذائية

لا

الاسم (الأسماء)

إذا نعم، فمن؟

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

لا

تاريخ انتهاء الحمل/موعد الولادة المرتقب

عدد المواليد المتوقع

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

للرعاية الصحية، مطلوب فقط من المتقدمين للحصول عليها

لا

إذا نعم، فمن؟

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

لا

إذا نعم، فمن؟

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

لا

إذا نعم، فمن؟

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

لا

إذا نعم، فمن؟

غير مطلوب كشرط للأهلية

لا

إذا نعم، فمن؟

هل سبق لأي شخص من أفراد المنزل أن خدم في الجيش أو القوات المسلحة أو من المحاربين القدامى؟

لا

إذا نعم، فمن؟

هل أحد من أفراد منزلك طفل في رعاية بديلة، أو والد(ة) قائم(ة) برعاية بديلة، أو طفل متبنى، أو مقدم رعاية لأحد أفراد المنزل غير الوالدين؟

مقدم رعاية لأحد لا يكون من الوالدين

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

(ضع دائرة حول كل ما ينطبق)

لا

إذا نعم، فمن؟

حالياً هل يوجد أحد من أفراد منزلك ضحية للعنف المنزلي الإتيار بالبشر؟

لا

إذا نعم، فمن؟

هل انت عامل مزارع ، عامل مواسم زراعية لاجئ أو طالب لجوء ؟

عامل في الزراعات الموسمية لاجئ/ طالب لجوء

(ضع دائرة حول كل ما ينطبق)

لا

إذا نعم، فمن؟

هل تعتقد أن السعي للحصول على إعالة الطفل قد تلحق الضرر بك أو بطفلك (الأمثلة على ذلك تتضمن التهديدات بالإساءة والعنف المنزلي، تاريخ حافل بالإساءة والعنف، اقتراح جنس المحارم، أو الاغتصاب) ؟

اطلع على الصفحة 35 من كتيب المعلومات لتتعرف على أمثلة عن الحالات المؤهلة. على الذين لا يقدمون لهذه الإعانة أن يخطوا الإجابة عن هذا السؤال

إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.

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

تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة

رقم الوثيقة

نوع الوثيقة

من؟

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

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

# 4

## الأصول

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لتنمية + رعاية الطفل (CDC)

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

يُرجى شمل الحسابات و/أو الأصول ذات الملكية المشتركة

### الأموال + الحسابات

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

حسابات جارية  حسابات ادخار

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

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

### المركبات (السيارات)

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

سيارة  شاحنة  دراجة نارية  قارب  أخرى

مَن؟  نعم، السنة والشركة المصنعة والموديل  تقدير عدد الأميال

→ أدرج المركبات التي تكون مسجلة فقط باسم أحد أفراد المنزل


### الممتلكات العقارية

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

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

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

### المبيعات + نقل الملكية

هل قام أحد من أفراد المنزل ببيع أصول أو نقل ملكيتها أو إعطائها للآخرين في السنوات الخمس الأخيرة؟  إذا نعم، فضع علامة في كل مربع ملائم أدناه.  لا

الشخص المُباع إليه / المغطى له	نوع الأصل (الممتلكات)	التاريخ	المبلغ
		/ /	\$
		/ /	\$

# الدخل

# 5

## تغيير في الدخل

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

تسريح  استقالة  طرد  إضراب  تخفيض ساعات العمل طوعاً  رفض العمل  أخرى

اشرح

## العمل (بما في ذلك الوظائف المؤقتة / الوظائف بموجب عقد)

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

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

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

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

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

## دخل إضافي

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

بطالة  إعاقه (SSI)  الدعم الزوجي/الطلاق  تأمين تعويض العمال  نفقة إعالة الأطفال  ضمان اجتماعي (RSDI)  معاش/تقاعد  أخرى: دخل من إيجار رعاية التبني دعم التبني الدائم قروض/هدايا فائدة مصرفية/أرباح موزعة دخل/مخصصات قبائلية مساعدة زراعية/صيد الأسماك منافع/استحقاقات عسكرية/مخصصات المحاربين القداماء إعادة توطين الاجئين منحة تمنح للاجئين مخصصات إعاقه لأجل قصير/لأجل طويل

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

# 6

## النفقات

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لتنمية + رعاية الطفل (CDC)

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

### رعاية المعالين

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

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

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

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

### رعاية طبية

هل يدفع أحد من أفراد منزلك نفقات طبية؟

إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه  لا

تأمين صحي  أدوية موصوفة طبياً  رعاية مقدمة في المنزل  فواتير مستشفى  أخرى   
 مبالغ ثابتة تدفعها مقابل خدمة رعاية صحية مغطاة (Copays)  رعاية الأسنان  نقل بشأن مواعيد الرعاية  الوصي/ نفقات الوصاية

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

### أحكام قضائية

هل يدفع أحد أفراد العائلة نفقات بموجب أمر صادر من محكمة قضائية؟

إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.  لا → بما في ذلك المتأخرات

غير مطلوب للرعاية الصحية

نفقة إعالة الأطفال  نفقة الطلاق/ النفقة الزوجية

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

### الفوائد المحسوبة على قروض الطلاب + الاستقطاعات

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

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



# 7

## التفاصيل النهائية

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

### التحقق من المعلومات

- هل تمّ استبعاد (تجريد من الأهلية) أحد من أفراد منزلك من أي من برامج الإعانة العامة لأسباب عائدة إلى ارتكاب ضرب من ضروب الغش والاحتيال على برامج الرعاية الاجتماعية ("ويلفير") أو مخالفة البرنامج عن عمد في أي ولاية من الولايات بما فيها ولاية ميشيغان؟
- لا  إذا نعم، فَمَنْ؟
- الاسم (الأسماء)
- هل سبق إدانة أحد من أفراد منزلك في أي وقت مضى لتلقي الإعانة المالية أو الغذائية من ولايتين أو أكثر خلال نفس الفترة الزمنية؟
- لا  إذا نعم، فَمَنْ؟

### الممثل المفوض

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

هل تريد من أحد أن يقوم مقامك أو يمثلك في هذه الحالة؟  إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.  لا

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

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

@

( ) -

عنوان البريد الإلكتروني للممثل

رقم هاتف الممثل

إذا كنت تقدّم طلباً للإعانة الغذائية، فهل تريد من أحد آخر أن يكون لديه/ لديها بطاقة البريد (Bridge card) للوصول إلى مخصصاتك لكي يتسوّق/تتسوّق لك؟

لا  إذا نعم، فَمَنْ؟

الاسم الكامل

(ينبغي أن يكون أحدًا تثق به أو بها)

### تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن ، هل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟  نعم  لا

إذا لم تحدد أي مربع أعلاه ، فسيتم اعتبارك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت ، ولكن سيتم إرسال نموذج طلب تسجيل الناخب الورقي إليك بالبريد إذا قررت التسجيل أو تحديث تسجيلك. لن يؤثر تقديم طلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدم 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 888-767-6424 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 حَقك بالتمتع بالخصوصية في اتخاذ القرار إما إذا كنت تريد التسجيل؛ يمكنك تقديم شكوى إلى:

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

7



# توقيع اسمك

يجب عليك توقيع اسمك في أسفل هذه الصفحة لاستكمال تعبئة طلبك

## هل هناك أي شيء آخر؟

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

## المسؤوليات والالتزامات المترتبة عليك

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

يُرجى الرجوع إلى كتيّب المعلومات لقراءة النص الكامل للحقوق التي تتمتع بها والمسؤوليات المترتبة عليك

لقد قلت الحقيقة؛ وأفهم أنه يمكن أن توجّه إليّ تهمة جنائية جراء الكذب في الطلب الذي تم تقديمه.

وأنه يجب عليّ أن أقدم الأوراق التي تثبت بأن ما أخبرته للإدارة هو صحيح وصادق.

كما سيتحتّم عليّ أن أسدد أي مخصصات لم يكن عليّ أن أتلقاها، حتى ولو كان الخطأ صادراً من الإدارة.

ويتوجّب عليّ أن أعلم الإدارة عن كل تغيير يطرأ على المعلومات التي قدمتها على طلبي.

وأوافق على التعاون مع المراجعين العاملين لدى الولاية أو الحكومة الفيدرالية لأجل أغراض التدقيق.

كما أوافق على إعطاء الإذن للكشف عن المعلومات التي تحتاج البرامج إليها.

وإنني سأستخدم المخصصات المصروفة لي بموجب ما ينص عليه القانون ولن أقوم ببيعها أو المتاجرة بها أو إعطائها عن طريق الإنترنت أو شخصياً لأحد آخر.

أنا أدرك أنه عند وفاتي لدى إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان الحق القانوني في استعادة من بعض أو كل ممتلكاتي وذلك من أجل الخدمات الصحية المدفوعة من قبل برنامج ميديكيد. جميع الخدمات الصحية التي يغطي نفقاتها برنامج ميديكيد تكون خاضعة لبرنامج استرداد المبالغ المدفوعة من التركة بعد وفاة الشخص

لقد استملت المعلومات الموجودة في كتيّب المعلومات وقمت بمراجعتها وأوافق عليها.

## المسؤوليات المترتبة على الإدارة

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

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

## وقّع اسمك هنا

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

توقيع مقدّم الطلب

توقيع الممثل

التاريخ

عند الانتهاء من إجراء المقابلة الشخصية:

توقيع مقدّم الطلب

توقيع شاهد الإدارة

التاريخ





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

# تغطية الرعاية الصحية

## تفاصيل إضافية عن مجموعة أفراد المنزل

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

→ مطلوب الإجابة عليه من مقدمي الطلب فقط

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



## الهنود الأمريكيون أو سكان الأسكا الأصليين

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

## شبكة مياه فلينت (Flint Water System)

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

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-HC-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:



# تغطية الرعاية الصحية

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

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

## لمقدمي الإقرار الضريبي

هل ينوي أحد من مقدمي الطلب تقديم الإقرار الضريبي الفدرالي في السنة المقبلة؟  إذا نعم، فمن؟  لا

اسم مقدم الضريبة الأساسي

هل يقدم الزوج والزوجة الإقرار الضريبي بصورة مشتركة؟  إذا نعم، فمن؟  لا  اسم الزوج(ة)

هل يدعون بإضافة أفراد مُعالين عند تقديم الإقرار الضريبي؟  إذا نعم، فمن؟  لا  اسم المُعال (المُعالين)

هل يقدم الزوج والزوجة الإقرار الضريبي بصورة مشتركة؟  إذا نعم، فمن؟  لا

هل يدعون بإضافة أفراد مُعالين عند تقديم الإقرار الضريبي؟  إذا نعم، فمن؟  لا

## المُعالين

هل سيتم احتساب أي من الذين يقدمون الطلب مُعالاً على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟  إذا نعم، فاكتب أسمائهم أدناه.  لا

المُعال	اسم	اسم	مقدم الإقرار الضريبي	الصلة بمقدم الإقرار الضريبي

## الدخل السنوي

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

مَن؟  مجموع الدخل المقدر لهذه السنة  مجموع الدخل المقدر للسنة المقبلة  إذا كنت تعتقد أن ذلك سيكون مختلفاً

مَن؟	مجموع الدخل المقدر لهذه السنة	مجموع الدخل المقدر للسنة المقبلة

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-HC-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:



# تغطية الرعاية الصحية

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

## معلومات عن التغطية الصحية

هل يحتاج أحد إلى إعانة في دفع الفواتير الطبية الناجمة عن الأشهر الثلاثة الماضية؟  إذا نعم، فمن؟  الاسم (الأسماء)  لا

أي من الأشهر: يناير فبراير مارس إبريل مايو يونيو  
يوليو أغسطس سبتمبر أكتوبر نوفمبر ديسمبر

هل حصل أي شخص على تأمين من خلال وظيفة وفقده خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟  إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.  لا

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

بما في ذلك كل من المديكيد، CHIP/MiChild، المديكيد فيالق السلام، برامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى، Peace Corps، تأمين صاحب العمل، TRICARE (إلا إذا كان لديكم رعاية مباشرة أو، أداء واجبات الفرد إلخ، Line of Duty)

هل هناك أحد مسجل حالياً في التغطية الصحية (حتى وإن لم يكن من بين المتقدمين في هذا الطلب)؟  إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه.  لا

النوع + اسم التغطية	الشخص المغطى	رقم البوليصا
	الاسم	

إذا كان لديك تأمين المديكيد، فهل تريد إعانة في دفع أقساط المديكيد؟  نعم  لا

صاحب العمل: هل هذه تغطية (COBRA)؟  نعم  لا

هل هذه خطة صحية للمتقاعدين؟  نعم  لا

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

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

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

إذا نعم، فلنم سنة؟ 1 2 3 4 5

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-HC-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:



# تغطية الرعاية الصحية

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

## التغطية الصحية من وظائف العمل

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

هل يحصل أحد من أفراد منزلك على تغطية صحية من وظيفة عمل؟ وهذا يشمل على تغطية تأمين صحي من وظيفة شخص آخر ، (على سبيل المثال أهل الزوج أو الزوجة)

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

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

أكتب اسم كل من يكون مؤهلاً للحصول على تغطية من هذه الوظيفة

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

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

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

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

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

لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية

تاريخ التغيير

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

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-HC-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:



# برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

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

## تفاصيل عن أفراد المنزل

لا	<input type="checkbox"/>	هل يشترى أحد أفراد المنزل طعامه لوحده ويحضّره لنفسه بشكل منفصل عن بقية أفراد المنزل؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل أحد من أفراد المنزل هو من الأشخاص المقيمين (الذي يتلقى وجبات منتظمة مقابل أجر أو خدمات)	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل يعيش أحد أفراد المنزل (الآن أو خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية) في منشأة أو ترتيبات معيشية تتماشى مع احتياجاته الخاصة؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل يذهب أحد من أفراد منزلك إلى برنامج علاج تعاطي الكحول أو المخدرات؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل يتلقى أحد من أفراد منزلك مخصصات من برامج قبائلية لتوزيع المواد الغذائية؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل كان أي شخص في دار رعاية في ميشيغان عندما بلغ 18 عاماً؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
لا	<input type="checkbox"/>	هل تلقى أحد إعانة غذائية من ولاية أخرى في الثلاثين (30) يوماً الماضية؟	إذا نعم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>
			الولاية	<input type="checkbox"/>

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

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

الإيجار	<input type="checkbox"/>	الإيجار مع الوجبات الغذائية (الغرفة/ تناول الطعام)	<input type="checkbox"/>	الوجبات الغذائية فقط (تناول الطعام)	<input type="checkbox"/>	عقد الأرض	<input type="checkbox"/>
الرهن العقاري	<input type="checkbox"/>	إيجار قطعة أرض لبيت متنقل	<input type="checkbox"/>	الضريبة العقارية	<input type="checkbox"/>	تأمين صاحب البيت	<input type="checkbox"/>
أخرى	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
مَنْ يدفع؟		نوع النفقة		المبلغ		كم مرة يتم دفعها؟	
				\$			
				\$			

## المرافق العامة

هل يدفع أحد من أفراد منزلكم نفقات المرافق العامة (التي لا تكون مشمولة في الإيجار)؟

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

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

لا تتضمن الكهرباء التدفئة أو تكييف الهواء.

لا	نعم	هل يدفع أي شخص لا تشاركه الطعام أي جزء من نفقات الإسكان أو نفقات المرافق العامة؟
لا	نعم	هل تلقى أحد من مقدمي الطلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) أكثر من 20 دولار لقاء دفعات الطاقة من برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) أو من برنامج إعانة الطاقة من ولاية ميشيغان (MEAP) في الأشهر الـ 12 الماضية؟
لا	نعم	إذا كانت المرافق العامة من ضمن قسط الإيجار، فهل يدفع أحد من أفراد منزلك أجوراً إضافية لتكييف الهواء؟
لا	نعم	هل تلقى أحد من مقدمي الطلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) أكثر من 20 دولار من استحقاق التدفئة المنزلية (HCC) في الأشهر الـ 12 الماضية؟

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-FAP-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:





# الإعانة النقدية

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

## هل أحد من أفراد منزلك، ممّن ...

لا	<input type="checkbox"/>	الاسم (الأسماء)	إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يعيشون حالياً أو خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية في منشأة أو في ترتيبات معيشية تتماشى مع احتياجاته الخاصة؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُعالج في برنامج لعلاج تعاطي الكحول أو المخدرات؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُداوم في صفوف تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُنقَل حالياً خدمات إعادة التأهيل من وكالة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُنقَل الإعانة الطبية استناداً إلى إعاقة أو عمى؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يقدّم طلباً حالياً (أو ينوي تقديم طلب) للحصول على مخصصات الإعاقة من مصلحة الضمان الاجتماعي (SSA)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	لديه أو يتوقع أن يكون لديه تغطية طبية (بما في ذلك التأمين ضد الحوادث، تعويض العمال ضد الأضرار، الادخار الصحي، التأمين الصحي / الاستشفاء أو غير ذلك)؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	في انتهاك لإطلاق السراح المشروط أو لإطلاق السراح المؤقت أو الدائم قبل انتهاء فترة العقوبة؟
لا	<input type="checkbox"/>		إذَا نَعَم، فَمَنْ؟	<input type="checkbox"/>	يُنقَل الإعانة النقدية من ولاية أخرى منذ أغسطس/آب 1996؟
			الولاية	<input type="checkbox"/>	

## فيما يخص الأطفال من أفراد المنزل

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

الاسم (الأسماء)

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-CASH-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:



# تتمية + رعاية الطفل (CDC)

يرجى تعبئة التفاصيل التالية مع طلب الإعانة وذلك إذا كنتم تسعون الحصول على إعانة رعاية الأطفال.

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

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

أي نشاط يشترطه عليك قسم خدمات حماية الأطفال لدى MDHHS

العمل

علاج لحالة صحية أو اجتماعية: (الشرح بالتفصيل)

إكمال الدراسة الثانوية أو شهادة GED /تحصيل التعليم

التدريب/ التحضير للتوظيف

برنامج PATH أو أي نشاط معتمد

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

إذا كنت تعيش مع أسرة مكونة من والدين، فهل هناك تضارب في جدول أعمال الوالدين؟  
مثلاً إذا أحد الوالدين يعمل من الساعة 9am-5pm والآخر يعمل من الساعة 2pm-7pm

نعم، القائمة أدناه.  لا

الأيام + الأوقات (صباحاً / مساءً)

إسم الوالد/الوالدة

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

كم عدد ساعات الرعاية التي تحتاج لها كل أسبوعين؟  العدد

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

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

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

هل يتجاوز مجموع أصول أفراد المنزل المليون دولار؟  نعم |  لا

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

هل كل تحصينات (تطعيمات) الطفل مستكملة؟  نعم |  لا

هل يعيش/ تعيش في المنزل مع الطفل؟  نعم |  لا

اسم الأب والأم القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)

اسم الطفل(ة) القانوني (الأول، الأوسط، الأخير)

<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	الأب/ الأم 1	}	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	الأب/ الأم 2		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا		}	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا		}	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم   <input type="checkbox"/> لا			<input type="text"/>

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

Michigan Department of Health and Human Services

اسمك:

الرقم التعريفي للفرد:

MDHHS-1171-CDC-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.



# الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

## الاحتياجات الطارئة

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

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

## تفاصيل طلب الإعانة بشأن التدفئة

كيف تقوم بتدفئة منزلك؟

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

وصف وضعك الحالي:

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

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

<input type="checkbox"/>	تاريخ قطع الخدمة	/ /	الرصيد الحالي (إذا كان حساب مدفوع مسبقاً)	\$	النسبة المتبقية في الخزان	%	لغرض التأهل، لا يمكن للخزان ان يكون مملوءاً أكثر من 25% من حجمه
--------------------------	------------------	-----	--	----	---------------------------	---	---

## تفاصيل طلب الإعانة بشأن الكهرباء

وصف وضعك الحالي:

تم قطع الكهرباء عن منزلي

لقد استلمت إشعاراً بفاتورة متأخر دفعها أو قطع الخدمة

<input type="checkbox"/>	تاريخ قطع الخدمة	/ /	الرصيد الحالي (إذا كان حساب مدفوع مسبقاً)	\$
--------------------------	------------------	-----	--	----



# الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

## نفقات السكن الحالية

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

هل هذا عداد مشترك مع آخرين؟  
هل هناك سرقة أو استخدام غير قانوني؟

نعم | لا  
نعم | لا  
نعم | لا  
نعم | لا

اسم مقدم الخدمة	الاسم على الفاتورة أو الحساب	رقم الحساب
تدفئة		
كهرباء		
مياه/ مجاري		
وقود الطبخ		
إيجار/ رهن عقاري		
ضرائب عقارية		
التأمين على المنزل		

## معلومات عن أفراد المنزل

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

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

الشهر	منذ شهر واحد	منذ شهرين	منذ ثلاثة أشهر	منذ أربعة أشهر	منذ خمسة أشهر	منذ ستة أشهر
عدد الأشخاص في المنزل						
مجموع الدخل الشهري (قبل استقطاع الضريبة)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
إيجار/ رهن عقاري	\$	\$	\$	\$	\$	\$
تدفئة	\$	\$	\$	\$	\$	\$
كهرباء	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ماء / مجاري / غاز الطبخ	\$	\$	\$	\$	\$	\$

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

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-SER-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي الفرد:



# الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

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

## طلب لخدمة الدفن

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

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

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

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

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

هل المتوفى من المحاربين القدامى؟ نعم | لا

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

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

تكلفة الدفن / حرق الجثة \$

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

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

تأمين ضد الحوادث/ تأمين سيارة

مخصصات وفاة للمحاربين القدامى

تأمين على الحياة

اتفاقية ترتيبات الجنزة المدفوعة مسبقاً

مخصصات نقابة العمال

أخرى (أكتبوها أدناه)

مخصصات الوفاة من الضمان الاجتماعي

صندوق إعانة المجتمع المحلي / المنظمات الأخوية

نوع المخصصات الخاصة بالوفاة

المبلغ \$

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-SER-AR (Rev. 10-23) Previous edition obsolete.

اسمك:

الرقم التعريفي الفرد: