



طلب الإعانة

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

يمكنك معرفة مكان المكتب الأقرب لك على الموقع الإلكتروني التالي:
www.michigan.gov/ContactMDHHS

يمكنك تقديم الطلب على الموقع الإلكتروني التالي:
www.michigan.gov/mibridges

→ اطلع على كتيب المعلومات للحصول على تفاصيل عن كل برنامج

أهلاً وسهلاً بك!

أملئ طلب الإعانة

أجب عن أسئلة عنك وعن أفراد المنزل

أملئ تفاصيل البرنامج

تغطية الرعاية الصحية

برنامج الإعانة الغذائية (FAP)

برنامج استقلال الأسرة (FIP)

برنامج الإعانة النقدية للاجئين (RCA)

برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)

الإعانة النقدية

تنمية + رعاية الأطفال (CDC)

الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

يمكنك تقديم طلبك لبرنامج واحد أو أكثر

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

احصل على نتائجك

لغة الكتابة

لغة المحادثة

ما هي اللغة التي تفضل التواصل بها؟

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

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

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

Michigan Department of Health and Human Services

MDHHS-1171-AR (Rev. 10-22)

Previous edition obsolete.

رقم الحالة:

الرقم التعريفي:

تسجيل مقدم الطلب

إذا لم تتمكن من إنهاء الإستمارة بالكامل اليوم، فيمكنك إكمال هذه الصفحة وإعادتها إلى إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في 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 التعينة الخاصة بك من قبل إدارة الخدمات الصحية والإنسانية في ولاية ميشيغان قد يؤثر على التاريخ الذي تبدأ فيه مخصصات الإعانة.

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

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

→ لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط

متشرّد(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 الأطفال

نقود

غذاء

رعاية صحية

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

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

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

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

وقع اسمك هنا

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

التاريخ

توقيع الممثل

توقيع مقدم الطلب

إن إعطاء رقم الضمان الاجتماعي والإجابة على سؤال إذا كنت من مواطني أو رعايا الولايات المتحدة هو اختياري للأشخاص الذين لا يقدمون طلباً لتغطية الرعاية الصحية. يجب الاطلاع على الصفحة 32 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).

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

هل يعيش/

تعيش في المنزل؟

مواطن أمريكي متزوج(ة) أو من رعاياها

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ الميلاد

الجنس

الاسم القانوني الكامل

صلتهم بك

لا

نعم

لا

نعم

لا

نعم

-

-

/

/

ذكر

أنثى

أنت

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

هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض

لا

نعم

لا

نعم

لا

نعم

-

-

/

/

ذكر

أنثى

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

هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض

لا

نعم

لا

نعم

لا

نعم

-

-

/

/

ذكر

أنثى

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

هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض

لا

نعم

لا

نعم

لا

نعم

-

-

/

/

ذكر

أنثى

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

هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض

لا

نعم

لا

نعم

لا

نعم

-

-

/

/

ذكر

أنثى

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

هسبتي / لاتيني ليس من أصل هسبتي / لاتيني | أمريكي من أصل أفريقي / أسود هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليين آسيوي من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين أبيض

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

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة الذي يقدم طلباً

لبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER)

| | | | | | | |
|--|--------------------------|------------------|--|--------------------------|----|--|
| هل أحد من أفراد منزلك امرأة حامل الآن أو في شهرها الثالث من الحمل؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | الاسم (الأسماء) | <input type="checkbox"/> | لا | غير مطلوب لبرنامج الإعانة الغذائية |
| هل يعاني أحد من أفراد منزلك من إعاقة أو لديه حالة صحية جسدية أو عاطفية أو نفسية؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | عدد المواليد المتوقع | <input type="checkbox"/> | \ | للرعاية الصحية، مطلوب فقط من المتقدمين للحصول عليها |
| هل يعيش أي من والديّ الأطفال (دون سن الـ 20) خارج المنزل؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | تاريخ انتهاء الحمل/معد الولادة المرتقب | <input type="checkbox"/> | \ | |
| هل أحد من أفراد منزلك مسجّل حالياً في كلية أو مدرسة حرفية؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | | <input type="checkbox"/> | لا | |
| هل أحد متغيّب لفترة مؤقتة من المنزل (بسبب عمل، خدمة عسكرية، دخول المستشفى، إلخ...)? | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | | <input type="checkbox"/> | لا | |
| هل سبق لأي شخص من أفراد المنزل أن خدم في الجيش أو القوات المسلحة؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | | <input type="checkbox"/> | لا | غير مطلوب كشرط للأحقية |
| هل أحد من أفراد منزلك طفل في رعاية بديلة، أو والد(ة) قائم(ة) برعاية بديلة، أو طفل متبنّي، أو مقدم رعاية لأحد أفراد المنزل ولا يكون من الوالدين؟ (ضع دائرة حول الوضع المناسب) | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | طفل في رعاية بديلة والد(ة) قائم(ة) برعاية بديلة طفل متبنّي | <input type="checkbox"/> | لا | مقدم عناية لأحد لا يكون من الوالدين |
| هل يوجد أحد من أفراد منزلك ضحية للعنف المنزلي، الإلتجار بالبشر، عامل مزارع، عامل مواسم زراعية، لاجئ أو طالب لجوء؟ (ضع دائرة حول الوضع المناسب) | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | ضحية عنف منزلي الإلتجار بالبشر | <input type="checkbox"/> | لا | مزارع مهاجر للعمل في الزراعات الموسمية عامل في الزراعات الموسمية لاجئ/ طالب لجوء |
| 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)؟ | <input type="checkbox"/> | إذا نعم، فَمَنْ؟ | | <input type="checkbox"/> | لا | |

في حال لم يكن أحدًا من أفراد المنزل مواطناً أمريكياً أو من رعاياها، فهل لديهم حالة إقامة هجرة مؤهلة؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه

| مَنْ؟ | نوع الوثيقة | رقم الوثيقة | تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة |
|-------|----------------------|-------------|-----------------------------------|
| | غيرين كاردي، إلخ.... | الرقم: | / / |
| | | الرقم: | / / |
| | | الرقم: | / / |

اطّلع على الصفحة 36 من كتيب المعلومات لتتعرف على أمثلة عن الحالات المؤهلة. على الذين لا يقدمون لهذه الإعانة أن يتخطوا الإجابة عن هذا السؤال

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

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لإعانة رعاية الأطفال (CDC)

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

يُرجى شمل الحسابات و/أو الأصول ذات الملكية المشتركة

الأموال + الحسابات

هل لدى أحد من أفراد المنزل 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 جازة ودفن أرباح من يانصيب أو قمار صناديق استثمارية/ استحقاقات سنوية رواتب/ بطاقة مخصصات أخرى

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

المركبات (السيارات)

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

سيارة شاحنة دراجة نارية قارب أخرى

مَنْ؟ نعم، السنة والشركة المصنعة والموديل تقدير عدد الأميال

→ أدرج المركبات التي تكون مسجلة فقط باسم أحد أفراد المنزل

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

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 / المُعطى له | نوع الأصل (الممتلكات) | التاريخ | المبلغ |
|---------------------------------|-----------------------|---------|--------|
| | | / / | \$ |
| | | / / | \$ |

تغيير في الدخل

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

تسريح استقالة طرد إضراب تخفيض ساعات العمل طوعاً رفض العمل أخرى

أشرح

العمل (بما في ذلك الوظائف المؤقتة والوظائف المتعاقد عليها)

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

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

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

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

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

دخل إضافي

هل يتلقّى أحد من أفراد منزلك دخلاً إضافياً؟ إذا نعم، فأكتب أسمائهم أدناه. لا → (بطالة، معاش تقاعد، ضمان اجتماعي، نفقة طلاق، إلخ ...)

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

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

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

لا يتطلب تعبئة هذه الصفحة لإعانة رعاية الأطفال (CDC)

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

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

رعاية المعالين

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

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

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

رعاية طبية

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

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

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

أحكام قضائية

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

→ غير مطلوب للرعاية الصحية

التحقق من الحقائق

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

الممثل المفوض

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

هل تريد من أحد أن يقوم مقامك أو يملك 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 تقدم طلباً للإعانة الغذائية، فهل تريد من أحد آخر أن يكون لديه/ لديها بطاقة البريد (Bridge Card) للوصول إلى مخصصاتك لكي يتسوق/تسوق لك؟ إذا نعم، فَمَنْ؟ الاسم الكامل لا

(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 حقل في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقل 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,
888-SOS-MICH; 888-767-6424 الرقم المجاني

توقيع اسمك

يجب عليك توقيع اسمك في أسفل هذه الصفحة
لاستكمال تعبئة طلبك

هل هناك أي شيء آخر؟

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

المسؤوليات والالتزامات المترتبة عليك

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

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

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

المسؤوليات المترتبة على الإدارة

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

لن تستثني إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان أي فرد أو مجموعة من المشاركة في برامجها، رفض المخصصات، أو بالتمييز ضدهم بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو السن أو الأصل القومي أو اللون أو الطول أو الوزن أو الحالة الاجتماعية أو تحديد الجنس أو التعبير أو التوجه الجنسي أو الاعتبارات الحزبية أو الإعاقة أو المعلومات الوراثية التي لا علاقة لها بأهلية الشخص

وقع اسمك هنا

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

توقيع مقدم الطلب

توقيع الممثل

التاريخ

عند الانتهاء من إجراء المقابلة الشخصية:

توقيع مقدم الطلب

توقيع شاهد الإدارة

التاريخ



ملاحظات

يجب استخدام هذه الصفحة لكتابة أي معلومات
أو ملاحظات تريد إضافتها





ملاحظات

يجب استخدام هذه الصفحة لكتابة أي معلومات
أو ملاحظات تريد إضافتها

A series of 17 horizontal light blue lines for taking notes.



