

Ohio

Department of
Job and Family Services

TO STRENGTHEN OHIO FAMILIES WITH SOLUTIONS TO TEMPORARY CHALLENGES



معلومات عن الالتحاق بالبرنامج
ومزاياه

نظرة عامة

يحتوي هذا الكتيب على معلومات قيمة حول العديد من البرامج المقدمة من إدارات خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة. ويشرح كيفية التقدم للبرامج، وما المعلومات الواجب عليك تقديمها عند التقدم، وماذا تفعل إذا كنت تعترض على القرارات المتخذة بشأن استحقاقك. كما أنه يتناول:

- حقك في المعاملة العادلة.
- حقوق ومسؤولياتك كمستهلك.

تحتوي الصفحات الثلاث الأخيرة من هذا الكتيب على نماذج يمكن فصلها واستخدامها:

- JFS 07105 - قائمة المراجعة لطلبات التحقق عند التقديم أو إعادة التقديم - توضح عمليات التحقق التي قد تطلبها وكالة المقاطعة عند التقدم بطلب أو إعادة تقديم بطلب للحصول على المزايا.
- JFS 04196 - نموذج الإبلاغ عن تغيير المساعدة الغذائية - يمكنك استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن حدوث تغيير إذا كنت تتلقى إعانات غذائية.
- JFS 07092 — إشعار للأفراد المتقدمين أو المشاركين في برنامج أو هابو وركس فيرست (Ohio Works First) المتعلق بالتعاون مع وكالة إنفاذ إغالة الطفل - يجب عليك التوقيع على هذا النموذج وإعادته إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية من برنامج أو هابو وركس فيرست أو تتلقاها بالفعل منه.

Ohio | Department of
Job and Family Services

معلومات الالتحاق بالبرنامج ومزاياه

نظرة عامة 2

ما أنواع المساعدة التي تقدمها إدارات

خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة؟ 2

عملية التقديم - كيف أتقدم بطلب للمساعدة؟ ... 3

العنف الأسري 3

الأسئلة المتكررة عن التقدم 4

الحقوق والمسؤوليات 5

المساعدات الغذائية - متطلبات العمل 6

تيلولاب بمصاخلا عامتسللا تاسلج 8

تيمندلا قوقحلا 9

الجنسية وحالة الهجرة 11

برامج وخدمات تأمين Medicaid 12

التحذير من العقوبات الخاصة

بالمساعدات الغذائية 14

أرقام الضمان الاجتماعي 15

الاحتياط 51

مراقبة الجودة 15

موارد نافعة 16

ما أنواع المساعدة التي تقدمها إدارات خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة؟

لديك الحق في طلب المساعدة من هذه الوكالات بالمقاطعة. ستقرر وكالة المقاطعة نوع المساعدة التي يمكنك الحصول عليها، حسبما يكفله لك قانون الولاية والقانون الفيدرالي، وستقوم بالترتيب لمنحك هذه المساعدة.

ما الخدمات الأخرى المتوفرة؟

تشمل خدمات الدعم الأخرى المتاحة من خلال وكالات المقاطعة:

- خدمات التوظيف، مثل التدريب والمساعدة في العثور على وظيفة
- إعانات البطالة
- خدمات دعم العمل من خلال برنامج الوقاية والإبقاء والطوارئ (PRC)
- الأسر البديلة والمساعدة في التبني
- خدمات التعليم والكسب والأبوة (LEAP)
- خدمات إعادة توطين اللاجئين، مثل المساعدة في التوظيف والفحص الصحي
- خدمات اجتماعية أخرى

يمكن أن تساعد إدارات خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة في:

- المعونة النقدية
- رعاية الأطفال
- إعالة الأطفال

• المساعدة الغذائية، كما تعرف باسم

مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

• تأمين Medicaid

تُدبر الوكالات المحلية في المقاطعات هذه البرامج. وتشمل هذه الوكالات:

- إدارة خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة (CDJFS). ويُطلق البعض عليه اسم قسم الرفاه.
- وكالة خدمات الأطفال العامة بالمقاطعة (PCSA). ويُطلق البعض عليها اسم مجلس خدمات الأطفال.
- وكالة إنفاذ إعالة الأطفال في المقاطعة (CSEA).

تشكل وكالة خدمات الأطفال العامة بالمقاطعة (PCS) ووكالة إنفاذ إعالة الأطفال في المقاطعة (CSEA) جزءًا من قسم خدمات العمل والأسرة بالمقاطعة (CDJFS) في بعض المقاطعات.

عملية التقديم - كيف أقدم بطلب للمساعدة؟

كيف أجد المكتب الذي أتبعه في المقاطعة؟
يمكنك معرفة عنوان ورقم هاتف وكالة المقاطعة الخاصة بك من الرابط [/vog.ohio.sjf](http://vog.ohio.sjf)
ytuoC أو من خلال البحث في قسم حكومة المقاطعة في دليل الهاتف. تمتلك بعض وكالات المقاطعات مواقع متعددة، لذا تأكد من الاتصال أولاً لمعرفة الموقع الأقرب إليك.
قد تختلف ساعات عمل الوكالات في المقاطعات.

o أو يمكنك الحصول على المساعدة شخصيًا في العيادات أو المستشفيات المحلية.
أملًا أكبر قدر ممكن من المعلومات في الطلب. ويمكنك الاستعانة بصديق أو قريب لمساعدتك في ملء الطلب. يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة من الوكالة في مقاطعتك. يمكنك إرسال الطلب بعد توقيعه وتاريخه، حتى إذا كان عليك جمع معلومات أخرى. توقيعك على الطلب يعني أنك تقدم معلومات صحيحة وصادقة على حد علمك.
أمام المسؤول عن ملفك 30 يومًا لاتخاذ قرار بشأن حالتك. قد تستحق بعض الأسر معالجة طلبات المساعدة الغذائية لهم في غضون 24 ساعة أو سبعة أيام بناءً على ظروف الأسرة. سوف تتلقى إخطارًا بقرار الاستحقاق بعد مراجعة وكالة المقاطعة لطلبك. يرجى مراجعة الإخطارات بعناية. سيحتوي كل خطاب على معلومات الاتصال بالمكتب المحلي الذي تتبعه إذا كانت لديك أية أسئلة.

للمساعدة النقدية والغذائية والطبية
• تقو ي أي في تر الإنترنت منك التقديم طبي الرالع
benefits.ohio.gov

• أو يمكنك ملء نموذج "طلب الانضمام لبرنامج SNAP (المساعدة الغذائية التكميلية) أو المساعدة النقدية أو المساعدة الطبية أو مساعدة رعاية الطفل" (JFS 07200) وإرساله إلى وكالة المقاطعة عن طريق البريد أو شخصيًا أو عن طريق الفاكس. يمكنك العثور على هذا النموذج عبر jfs.ohio.gov/form07200

لتأمين Medicaid:

o يمكنك التقديم عبر الإنترنت في أي وقت على الرابط benefits.ohio.gov.
o يمكنك الاتصال بالخط الساخن لعملاء Medicaid على الرقم 1-800-324-8680 لطلب استمارة تقديم أو للتقديم عبر الهاتف.

o ب التغطية الصحية "طلبك مكيم" (الفكع التفدي في قدعاو المسد ODM 07216) إلى ح المة ،
طبالر medicaid.ohio.gov/Portals/0/Resources/Publications/Forms/Publications/Forms/ODM07216.pdf



العنف الأسري

يحدث العنف الأسري عندما يتأذى شخص في منزلك على يد شخص كان شريكًا أو زوجًا أو صديقًا حميمًا أو فردًا من أسرتك أو عائلتك أو ما زال يحمل هذه الصفة. يشمل العنف الأسري الضرب أو الأذى أو التهديد أو الترهيب بتعقبك أو منعك من التنقل بحرية. لست ملزمًا بالإبلاغ عن العنف الأسري إلى إدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة. ولكن أي معلومات تختار مشاركتها ستتمتع بالسرية. ومع ذلك، فيجب العلم إن الوكالة في المقاطعة مسؤولة بموجب القانون عن الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال إلى وكالة خدمات الأطفال العامة بالمقاطعة. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الحصول على مساعدة سرية مجانية عن طريق الاتصال بشبكة أوهايو للعنف الأسري على الرقم 1-800-934-9840.

ما هي الإعفاءات الناشئة عن العنف الأسري؟
إذا كنت مستحقًا للحصول على مزايا برنامج

إعالة أو تنفيذه.

• **القنود الزمنية:** يقدم برنامج أوهايو وركس فيرست مساعدة نقدية للأسر المستحقة لمدة تصل إلى 36 شهرًا. ومع ذلك، قد تستحق تلقي تلك المساعدة لمدة تزيد عن 36 شهرًا إذا كان فقدانها سيعرضك أنت أو أطفالك لخطر العنف الأسري أو يتعارض مع قدرتك على الهروب من العنف الأسري.

أوهايو وركس فيرست أو المساعدة الغذائية وكنت ضحية للعنف الأسري، فيمكن إعفاؤك من بعض متطلبات البرنامج مؤقتًا، مما يعني أنها لن تنطبق عليك أثناء سريان الإعفاء.

• **العمل:** قد يتم إعفاؤك مؤقتًا من متطلبات العمل إذا كان ذلك قد يعرضك أنت أو أطفالك لخطر العنف الأسري، أو إذا كان يتعارض مع قدرتك على الهروب من العنف الأسري.

• **إعالة الأطفال:** قد يتم إعفاؤك مؤقتًا من الالتزام بقواعد إعالة الأطفال إذا رأت وكالة إنفاذ إعالة الأطفال المحلية (CSEA) أن التعاون لن يكون في مصلحة الطفل أو سيجعل من الصعب على القائم برعاية الطفل أو الطفل نفسه الهروب من العنف الأسري. خلال هذا الوقت، سيتم إعفاؤك من التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الأطفال المحلية (CSEA) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر

الأسئلة المتكررة عن التقدم

ماذا لو احتجت إلى مساعدة في التقدم للحصول على الخدمات؟

إذا لم تستطع إكمال النموذج بنفسك، فقد تحتاج إلى تفويض ممثل عنك. الممثل المفوض هو شخص تأذن له بالتقدم للحصول على المزايا بالنيابة عنك. يمكنك الإذن بذلك لزوجك أو زوجتك أو قريب أو صديق تثق به. يمكنك أيضًا الإذن لمحام أو أخصائي اجتماعي بالمستشفى، لكن هذا ليس واجبًا عليك. يجب عليك تسمية هذا الشخص كتابيًا. اذكر الواجبات التي ترغب أن يقوم الممثل المفوض بها من أجلك.

يمكنك تغيير ممثلك المفوض عنك في أي وقت. يجب أن يكون سن ممثلك المفوض عنك 18 عامًا أو أكثر.

ماذا لو كنت أعاني من إعاقة في التواصل؟

يمكن للصم أو ضعاف السمع أو المكفوفين أو الذين يعانون من إعاقات في النطق استخدام هاتف TTY / TDD للاتصال بخدمة الترحيل بأوهايو على الرقم 1-800-750-0750. احرص على وجود رقم هاتف الوكالة التي ترغب في الاتصال بها جاهرًا معك، حتى يتمكن شخص ما في خدمة الترحيل من مساعدتك. للأسئلة أو التعليقات أو المشكلات أو الشكاوى حول خدمة الترحيل بأوهايو، اتصل بالرقم 1-800-325-2223 (TTY/TDD) والصوت (للتواصل بالكتابة والتواصل للصم والتواصل الصوتي).

ماذا لو لم تكن الإنجليزية لغتي الأساسية؟

إذا لم تكن الإنجليزية لغتك الأساسية، فيمكنك تلقي خدمات ترجمة تحريرية وفورية. اطلب المساعدة من المسؤول عند التواصل مع المقاطعة. يمكن لجهة الاتصال في مقاطعتك تقديم معلومات لك بلغتك (سواء شفهيًا أو كتابيًا).

ماذا يحدث بعد تسليم طلبتي؟

قد تحتاج إلى إجراء مقابلة مع الوكالة المحلية بعد تسليم النموذج. وقد يلزم القيام بها شخصيًا أو قد تتم عبر الهاتف. إذا قمت بتقديم طلبك عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني، فستخبرك الوكالة بموعد مقابلتك. أثناء المقابلة، سيخبرك الموظف المسؤول عن الحالة إذا كنت بحاجة إلى تقديم أي مستندات إضافية، مثل شهادة الميلاد أو إثبات الجنسية أو إثبات العنوان. سيوضح الموظف المسؤول عن الحالة تفاصيل المساعدة التي تحاول الحصول عليها. وسيخبرك أيضًا بما يجب عليك فعله للحصول على تلك المساعدة.

إذا لم تكن هناك حاجة للمقابلة، فستراجع الوكالة طلبك للتأكد من أنه مكتمل وموقع ومؤرخ. قد ترسل وكالة المقاطعة خطابًا إليك (أو إلى ممثلك المفوض منك) تطلب فيه مزيدًا من المعلومات من أجل اتخاذ قرارها بشأن مزاياك. إذا طلبت منك الوكالة مزيدًا من المعلومات، فحاول إرسالها إلى الوكالة على الفور. اطلب المساعدة من الوكالة إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات.

ستجري الوكالة مراجعة لحالتك كل ستة أشهر أو اثني عشر شهرًا. سينصل بك الموظف المسؤول عن الحالة لتحديد ما إذا كانت معلوماتك قد تغيرت. بالإضافة إلى ذلك، سيطلب منك الإبلاغ عن بعض التغييرات في حالة حدوثها. لمزيد من المعلومات، اطلع على "الحقوق والمسؤوليات" في الصفحة 5.

من يمكنه مساعدتي إذا كانت لدي مشكلة أو سؤال؟

اتصل بوكالة المقاطعة في أي وقت إذا كانت لديك أية أسئلة أو واجهت مشكلة. إذا كنت لا تزال تواجه مشكلات أو كانت لديك أية أسئلة، فيمكنك الاتصال بإدارة خدمات العمل والأسرة في أوهايو (ODJFS) مباشرة على 1-866-1-866-635-3748 (ODJFS4U). إذا كانت لديك أسئلة حول برنامج Medicaid، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال طلب الحصول على Medicaid، فاتصل بالخط الساخن لمستهلكي خدمات Medicaid في أوهايو على الرقم 1-800-324-8680.

صتدر للمساعدة الغذائية على بطاقة أوهايو دايركشن Ohio Direction Card (ن)؛ وصتدر للمساعدة نقدية على بطاقة EPPICardTM. إذا لم يكن لديك بطاقة بالفعل، فستتلقى واحدة عبر البريد. إذا كانت لديك بطاقة بالفعل ولكنها عتمة بحوزتك، أو إذا كنت قد فقدت بطاقة عبر البريد، فالصت على لارقم 3071-386(866) للحصول على بطاقة EPPICardTM. أوهايو دايركشن أو 8822-320(866) للحصول على بطاقة EPPICardTM.

كيف تستخدم الوكالة معلوماتي الشخصية؟ المعلومات التي تقدمها لوكالة المقاطعة معلومات خاصة وستظل سرية وآمنة. قد يطلع على معلوماتك موظفو الوكالة المتعاملون بالفعل مع حالتك أو المشاركون في مراجعات ضبط الجودة. لا يمكن للوكالة مشاركة المعلومات التالية بدون إذنك:

- الأسماء والعناوين
- الخدمات الطبية المقدمة
- الحالات أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية
- تقييم الوكالة للمعلومات الشخصية
- البيانات الطبية، بما يشمل التشخيص والتاريخ المرضي للأمراض أو الإعاقات
- المعلومات التي تم تلقيها للتحقق من استحقاقات الدخل ومقدار المساعدة التي حصلت عليها
- أي معلومات تم تلقيها حول الشركات الأخرى التي قد تكون مسؤولة عن المساعدة في دفع تكاليف رعايتك الطبية.
- ومع ذلك، فقد تتمتع الوكالة بالإذن في مشاركة معلوماتك في بعض الأحيان. يحدث هذا عندما تتحقق الوكالة المحلية أو ODJFS أو إدارة Medicaid في أوهايو (ODM) من المعلومات التي تقدمها. على سبيل المثال، قد تستخدم الوكالة المحلية رقم ضمانك الاجتماعي عند الاتصال بوكالات أو أشخاص آخرين للتأكد من صحة معلوماتك واستحقاقك الحصول على المساعدة. سنتناول فيما يلي كيفية مشاركة إدارة ODJFS وإدارة ODM لمعلوماتك:
- إذا اتصل شخص بالوكالة لطلب معلومات عنك، فيجب أن يكون لدى الوكالة إما نموذج إخلاء طرف موقع منك أو إشعار بالتفويض موقع منك قبل مشاركة أي من معلوماتك.
- قد تُبرم إدارة ODJFS أو ODM اتفاقيات لمشاركة البيانات مع الوكالات الأخرى التي ستسمح لإدارة ODJFS أو ODM بالحصول على أو إعطاء معلومات الضمان الاجتماعي أو الدخل أو الاستحقاق أو التأمين الصحي (تسمى التزامات الطرف الثالث).

الحقوق والمسؤوليات

البرامج النقدية

يقدم برنامج أو هابو وركس فيرست مساعدة نقدية للأسر المستحقة ذات الدخل المنخفض ممن لديهم أطفال وذلك لمدة تصل إلى 36 شهرًا. إذا كنت تتلقى مساعدة من برنامج أو هابو وركس فيرست أو برنامج المساعدة النقدية للاجئين، فيجب عليك إبلاغ وكالة المقاطعة الخاصة بك في غضون 10 أيام تقويمية إذا حدث أي مما يأتي:

- انتقلت إلى عنوان آخر.
- انتقل شخص إلى الإقامة معك في المنزل أو خارجه.
- ارتفع دخل أي فرد من أفراد الأسرة (المكتسب أو غير المكتسب) أو انخفض بأكثر من 50 دولارًا.
- تسرب طفل من المدرسة.
- حدث تغيير في الالتزام القانوني الخاص بدفع إعالة الأطفال.
- حملت إحدى عضوات الأسرة أو انتهى حملها.
- تغيرت معلومات تخص غياب الوالدة.
- تغيرت الترتيبات المعيشية لوالدة/قاصر.
- انتهك أحد أفراد الأسرة شروط المراقبة أو الإفراج المشروط.
- أصبح أحد أفراد الأسرة مجرمًا هاربًا.

قد يُطلب من البالغين أو أرباب الأسرة القصر المشاركة في أنشطة العمل. يمكن أن تشمل أنشطة العمل: التدريب أثناء العمل المعتمد من المقاطعة أو خدمة المجتمع أو التعليم أو جميع ما سبق. يجب عليك إبلاغ المسؤول عن حالتك بأي عوائق وظيفية، مثل صعوبات التنقلات أو رعاية الأطفال أو القيود الطبية أو المادية. يجب على البالغين المؤهلين أو أرباب الأسرة القصر التوقيع على عقد الاكتفاء الذاتي. سيؤدي عدم التوقيع أو عدم الامتثال لشروط العقد إلى قطع المزايا المقدمة للأسرة. إذا تركت العمل دون سبب وجيه، فسوف تصبح غير مستحق للحصول على المزايا لمدة ستة أشهر.

يمكنك اختيار تلقي المزايا الشهرية إما من خلال Ohio EPPICardTM وهي بطاقة MasterCard مسبقة الدفع، أو إيداعها مباشرة في حساب جار أو حساب توفير بخصك. يمكن استخدام Ohio EPPICardTM في البنوك الأعضاء في MasterCard وأجهزة الصراف الآلي وعند معظم بائعي التجزئة الذين يقبلون بطاقات MasterCard. ولا يمكن استخدامها في متاجر الخمور أو الكازينوهات أو مؤسسات الألعاب أو مؤسسات البيع بالتجزئة التي تقدم ترفيهًا موجهًا للبالغين حيث يقوم فيه الراقصون بالتجرد من ملابسهم أو يؤدون فقراتهم مع خلع ملابسهم للترفيه عنك.

- إذا أصدرت المحكمة أمر استدعاء لجلب سجل قضيتك، فسوف تقوم إدارة ODJFS أو ODM بتقديم معلوماتك للمحكمة. يمكن أن يحدث هذا إذا كنت قيد التحقيق أو تمت مقاضاتك أو كنت متهمًا بارتكاب جريمة مدنية أو جنائية تتعلق بالمزايا المقدمة من إدارتي ODJFS أو ODM.
- إذا لم يُسعف الوقت إدارتي ODJFS أو ODM للحصول على إذن منك أولاً، فقد تفصحان عن معلوماتك، في حالة الطوارئ. ومع ذلك، يجب أن يتم إبلاغك من قبل إدارة ODJFS أو ODM إذا حدث ذلك.

- إذا وضعت علامة في مربع اختياري في طلب مدمج لبرنامج يطلب معلومات حول برنامج آخر، فقد تتم مشاركة معلوماتك مع البرنامج المذكور. يمكن أن يشمل ذلك إعالة الأطفال، وبرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)، ومكتب الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (BCMh)، وصحة الأم والطفل، و Help Me Grow (ساعدي على النمو HMG). في بعض الأحيان، تشارك الوكالات خارج إدارتي ODJFS أو ODM معلوماتك مع ODJFS أو ODM لمساعدتنا في اتخاذ قرار بشأن المزايا المقدمة لك. يمكن استخدام هذه المعلومات كدليل على استحقاقك، فلا تضطر إلى إحضار المستندات بنفسك. وتشمل هذه الوكالات: وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، وإدارة الضمان الاجتماعي، ووزارة الخزانة الأمريكية، وإدارة الضرائب في أوهايو، وإدارة الصحة في أوهايو. ومن المهم لك أن تعلم أن إدارتي ODJFS و ODM:

- لن ترسل لك رسائل بريد إلكتروني أو رسائل نصية تطلبان معلوماتك الشخصية، أو تطلبان رقم التعريف الشخصي (PIN).
- لن تتصل بك لطلب المعلومات الشخصية التي قدمتها لنا بالفعل
- لن ترسل لك تهنئة بالعطلة أو إعلانات عامة أو معلومات سياسية (باستثناء مواد تسجيل الناخبين).
- لن تشارك معلوماتك مع الشركات أو المسوّقين عبر الهاتف.
- سوف تزودك بالمعلومات الخاصة بالناخبين ومواد التسجيل عند تقديمك أو إعادة تقديمك طلب للحصول على المزايا أو عند الإبلاغ عن تغيير في حالتك.
- قد ترسل لك معلومات تتعلق بصحتك ورفاهيتك، مثل الفحوصات الطبية المجانية، وتوافر فوائض الطعام ومعلومات حماية المستهلكين.

إعالة الأطفال والنفقة الزوجية وبرنامج أو هابو وركس فيرست

إذا كنت تتلقى مزايا أو هابو وركس فيرست بالإضافة إلى إعالة أطفال أو نفقة زوجية، فستحتجز الولاية مدفوعات إعالة طفلك أو النفقة الزوجية أو جزء منها لتغطية تكلفة مزايا أو هابو وركس فيرست. لن تحتجز الولاية مبلغًا يفوق مبلغ مزايا أو هابو وركس فيرست المدفوع لك. إذا تلقيت إعالة مباشرة من الوالد الغائب أثناء مشاركتك في برنامج أو هابو وركس فيرست، فيجب عليك تسليم الإعالة إلى وكالة إنفاذ إعالة الأطفال المحلية. يسري هذا المطلب في الأول من الشهر الذي يلي تاريخ الموافقة على تلقي مزايا أو هابو وركس فيرست. أي إعانة تلقيتها قبل ذلك الحين، سيتم وضعها في الاعتبار عند تحديد مقدار مزايا برنامج أو هابو وركس فيرست المستحقة لك خلال الأشهر الأولى القليلة بعد تقدمك للحصول عليها. إذا بدأت المشاركة في برنامج أو هابو وركس فيرست بعد 1 أكتوبر 2009، وحصلت على إعانة الأطفال أو النفقة الزوجية المستحقة قبل الشهر الذي بدأت فيه تلقي مزايا أو هابو وركس فيرست، فسيُسمح لك بالاحتفاظ بهذا المبلغ.

المساعدة الغذائية

إذا كنت تقدم طلبًا أو تعيد تقديم طلب للحصول على مزايا للمساعدة الغذائية، وكان دخلك لاشهرًا إجماليًا أكبر من حد للدخل لشهري الإجمالي المحدد لحجم أسرتك (حسب للموضع فلا يوافق على المساعدة الغذائية أو إشعار لاتغيير)، فيجب عليك إبلاغ وكالة المقاطعة لاتي تتعها بهذا الأمر. لديك 10 أيام بعد آخر أيام لاشهر لاذي حدث فيه هذا التغيير للقيام بهذا الإبلاغ. متطلبات إعداد لتقارير مذكورة في نموذج "الإبلاغ عن تغيير للمساعدة الغذائية" (JFS 04196). يمكن الإبلاغ عن لتغييرات في هذا النموذج أو عبر هاتفا أو إلكترونيا أو شخصيًا بواسطة أحد أفراد الأسرة.

يلزم الإبلاغ عندما تخرج بات ناو أحد أفراد عائلتك مبلغ 3,750 غ دولار أمريكي أو أكثر (قبل استقطاع الضرائب) من أرباح اليانصيب أو المقامرة. يجب على الإبلاغ عن ذلك لفني غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي ربح تفني هذا لأرباح. تعتبر الأرباح النقدية المكتسبة في ألعاب فردية مكاسب يانصيب أو مكاسب قمار في ولاية أوهايو. ويشمل هذا على سبيل المثال لا لاحصر المكاسب من الكازينوهات ولاراسي نو مالت) تي تخط بين لكاكازينو ولإسباقات) وكذلك ماكينا لتقمار وبلعة بلاوكر ولماكينو وأشكال امقامرا لأخرى. لا يحق لأي أسرة المشاركة في برنامج للمساعدة الغذائية لتكميلية من ولاية أوهايو (SNAP) إذا رج بفرد من أفراد الأسرة مبلغًا كبيرًا من ليانصيب أو للمقامرة. تظا للأسر غير مستحقة إلى أن تستوفي متطلبات لتلاستحقاق لمسمو به حا من حيث الدخ لولاموارد.

بعد حصولك على مزايا المساعدة الغذائية لمدة خمسة أو أحد عشر شهرًا، فسوف تتلقى تقريرًا مؤقتًا حتى تتمكن من تقديم معلومات محدثة. إذا لم تقم بإكمال هذا التقرير وتوقيعه وإعادته بحلول الموعد النهائي، فسيتم قطع مزايا المساعدة الغذائية عنك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال التقرير المرحلي، يرجى الاتصال بمكتب SFJ في مقاطعتك.

إذا كنت بالغًا سليمًا جسديًا من عمر 18 إلى 50 عامًا ولا تعمل أحدًا وكانت ساعات عملك أقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة (في المتوسط) في الشهر، فيجب عليك الإبلاغ عن هذا التغيير في غضون 10 أيام بعد الشهر الذي حدث فيه التغيير. قد يؤدي عدم القيام بذلك إلى قطع المزايا المقدمة لك.

لتلقي خصم على النفقات التالية، يجب عليك الإبلاغ وتقديم إثبات بالتالي:

- مدفوعات الإيجار أو الرهن العقاري
- تكاليف المرافق أو المأوى أو كلاهما
- النفقات الطبية (إذا كنت مسنًا أو معاقًا)
- نفقات رعاية المعالين
- إعالة الأطفال أو الإعالة الطبية الملزمة قانونًا المدفوعة إلى فرد من غير أفراد الأسرة.

سيُنظر إلى عدم الإبلاغ عن أي مما سبق أو تقديم إثبات بشأنه على أنه تصريح من قبل أسرتك بأنك لا تريد خصم هذه النفقات. مقدمو الطلبات مسؤولون عن تقديم الإثباتات لدعم بياناتهم. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على الإثباتات، فاتصل بوكالة المقاطعة التابع لها، وسوف يساعدونك طالما أنك لا ترفض التعاون معهم.

المساعدات الغذائية - متطلبات العمل

يساعد برنامج المساعدة الغذائية الأفراد والأسر المستحقة وذوي الدخل المنخفض على زيادة ميزانياتهم الغذائية وشراء طعام صحي. وقد يكون من الواجب تسجيل أفراد الأسرة للعمل كشرط للاستحقاق. يُمكن إعفاؤك من هذا المطلب إذا كنت:

- أصغر من 16 عامًا
- عمرك 60 عامًا أو أكبر
- أحد الوالدين أو أي عضو آخر في مجموعة المساعدة يكون مسؤولاً عن رعاية طفل معال دون سن السادسة داخل المنزل أو خارجه
- أحد الوالدين أو أي عضو آخر في مجموعة المساعدة يكون مسؤولاً عن رعاية طفل معاق دون سن السادسة داخل المنزل أو خارجه
- تتقدم للحصول على إعانة بطالة أو استلامها وتلتزم بجميع القواعد
- عدم القدرة البدنية أو العقلية على العمل، بشكل مؤقت أو دائم
- تتقدم للحصول على دخل الضمان التكميلي والمساعدة الغذائية في نفس الوقت في المكتب المحلي لإدارة الضمان الاجتماعي
- مشارك منتظم في برنامج العلاج من إدمان المخدرات أو الكحول أو إعادة التأهيل، سواء كمريض زائر للعيادات الخارجية أو مريض داخلي في المستشفى
- ملتحق بنصف دوام على الأقل بأي مدرسة أو برنامج تدريبي أو مؤسسة تعليم عالي معترف بها
- تلتزم بمتطلبات العمل الخاصة ببرنامج أو هابو وركس فيرست
- موظف تعمل ما لا يقل عن 30 ساعة أسبوعيًا أو تتلقى مكاسب أسبوعية تساوي الحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضروبًا في 30 ساعة
- تعمل لحسابك الخاص بما لا يقل عن 30 ساعة أسبوعيًا أو تتلقى مكاسب أسبوعية تساوي الحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضروبًا في 30 ساعة

إذا كنت تتلقى أو تتقدم للحصول على مزايا المساعدة الغذائية وكنت مطالبًا بالتسجيل للعمل، فيجب عليك القيام بكل ما يلي:

- الرد على جميع الطلبات الخاصة بالحصول على معلومات عن وضعك من حيث العمل وتوفر العمل
- مراجعة أي صاحب عمل تُحيلك وكالة المقاطعة إليه، ما لم تكن الوظيفة غير ملائمة.
- قبول الوظيفة الملائمة عند إحالتها لك من جانب وكالة المقاطعة
- حافظ على الوظيفة حتى تصبح غير ملائمة لك، أو حتى إنهاء خدمتك لأسباب خارجة عن إرادتك، أو حتى الإغفاء من تسجيل العمل
- إذا كنت بالغًا سليمًا جسديًا ولا تعمل، فشارك في برنامج التدريب والتوظيف للمساعدة الغذائية واحصل على تقييم لسجل عملك ومستوى تعليمك ومهاراتك والعوائق التي تواجهها

سوف تتعرض لعقوبة إذا طُلب منك التسجيل للعمل والحصول على تقييم ولم تفعل، أو رفضت تلبية المتطلبات المذكورة أعلاه، دون سبب وجيه. هذا يعني حرمانك من المزايا لفترة من الوقت أو إنهاء اشتراكك في البرنامج.

ما الأسباب الوجيهة؟

تشمل الأسباب الوجيهة الظروف الخارجة عن إرادتك، مثل المرض أو مرض أحد أفراد الأسرة مع الحاجة لوجودك معه أو حالة الطوارئ الأسرية أو العنف الأسري أو عدم توفر وسائل المواصلات أو عدم وجود رعاية كافية للأطفال ممن تتراوح أعمارهم من 6 إلى 12 عامًا.

يعتبر ما يلي أيضًا سببًا وجيهًا لترك الوظيفة:

- التمييز من قبل صاحب العمل على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر لخوضك نشاطًا سابقًا يخص الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم تنفيذه أو تمويله من قبل وزارة الزراعة الأمريكية

- مطالب العمل أو الظروف التي تجعل الاستمرار في الوظيفة غير معقول، مثل العمل دون الدفع في الموعد المحدد
- إذا قبلت وظيفة أو التحقت بأي مدرسة أو برنامج تدريبي أو مؤسسة للتعليم العالي معترف بها بدوام نصفى على الأقل، مما يضطرك لترك العمل
- إذا قبل فرد آخر من أسرته وظيفة أو التحق بأي مدرسة أو برنامج تدريبي أو مؤسسة للتعليم العالي معترف بها بدوام نصفى على الأقل في مكان يتطلب انتقال الأسرة
- إذا كان عمرك أقل من 60 عامًا، واعتبر صاحب العمل استقلالك بمثابة تقاعد لك
- إذا تركت وظيفة بسبب أنماط العمل الموسمية، مثل العمالة الزراعية المهاجرة أو في أعمال البناء
- إذا أصبحت وظيفتك غير مناسبة (انظر أدناه)

إذا قبلت وظيفة تزيد مدتها عن 30 ساعة في الأسبوع وتكون عوائدها الأسبوعية معادلة للحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضرًا في 30 ساعة، ولكن الوظيفة لم تتحقق بالفعل أو أدت إلى عمل غير ملائم وذلك لظروف خارجة عن إرادتك سوف تتعرض لعقوبة لفترة زمنية محددة إذا قمت، في غضون 60 يومًا من تقديم طلب للحصول على مساعدة غذائية، بإنهاء العمل أو تقليل ساعات عملك إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع أو إلى مستوى يؤدي إلى حصولك على عوائد أقل من الحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضرًا في 30 ساعة في الأسبوع دون سبب وجيه.

سوف تتعرض لعقوبة لفترة زمنية محددة إذا قمت، أثناء تلقيك المساعدة الغذائية، بإنهاء العمل أو تقليل ساعات عملك إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع أو إلى مستوى يؤدي إلى حصولك على عوائد أقل من الحد الأدنى الفيدرالي للأجور مضرًا في 30 ساعة في الأسبوع دون سبب وجيه.

إذا كان السبب الوجيه موضع شك، ولم تقدم أو رفضت تقديم إثبات للمعلومات المشكوك فيها، فلن لن يتم اعتبارك تركت العمل لسبب وجيه.

ما هي الوظيفة غير الملائمة؟

تعتبر الوظيفة غير ملائمة عند تحقق الشروط التالية:

- الأجر المعروض أقل من الحد الأعلى من:
 - o الحد الأدنى للأجور المعمول به على المستوى الفيدرالي أو مستوى الولاية
 - o أو 80 في المائة من الحد الأدنى للأجور الفيدرالي، إذا لم يكن الحد الأدنى للأجور غير ساري على المستوى الفيدرالي ولا على مستوى الولاية
 - o إذا كان الدفع مقابل العمل المعروض يتم على أساس القطعة، وكان متوسط العائد في الساعة المتوقع أن تكسبه أقل من أجر الساعة المعمول به

- الوظيفة التي تلزمك بالانضمام إلى أي منظمة عمالية مشروعة أو الاستقالة منها أو الامتناع عن الانضمام إليها
- التوظيف معروض في موقع خاضع للإضراب أو الإغلاق في وقت العرض، ما لم يتم فرض الإضراب بموجب المادة 208 من قانون علاقات العمل والإدارة لعام 1947 (29 U.S.C. 141 (6/1947)، أو ما لم يصدر أمر قضائي بموجب القسم 10 من قانون العمل بالسكك الحديدية لعام 1926، 45 U.S. 151 (10/1996)
- أي معايير أخرى وضعتها وكالة المقاطعة التابع لها

متطلبات للبالغين القادرين على العمل ولا يعملون

إذا كنت مطالبًا بالتسجيل للعمل، فقد تُعتبر أيضًا بالغًا سليمًا جسديًا ولا تعول (ABAWD). لا تُعد بالغًا سليمًا جسديًا ولا تعول (ABAWD)، إذا كنت:

- أقل من 18 عامًا
- عمرك 50 أو أكبر
- والد (طبيعي أو بالتبني أو زوج أم/زوجة أب) لفرد في مجموعة المساعدة (سواء مستحق أو غير مستحق) عمره أقل من 18
- تعيش في مجموعة مساعدة مع شخص عمره أقل من 18 عامًا (مستحق أو غير مستحق)
- تحمل شهادة طبية معتمدة بأنك غير لائق للعمل بدنيًا أو عقليًا، بشكل مؤقت أو دائم
- حامل

إذا كنت بالغًا سليمًا جسديًا ولا تعول

(ABAWD)، فأنت

بالامتثال لمتطلبات

تسجيل العمل

أعلاه،

والمشاركة

في برنامج

التدريب

والتوظيف

للمساعدة

الغذائية، وتلبية

متطلبات عمل

الشخص

البالغ

السليم جسديًا ولا يعول (ABAWD).

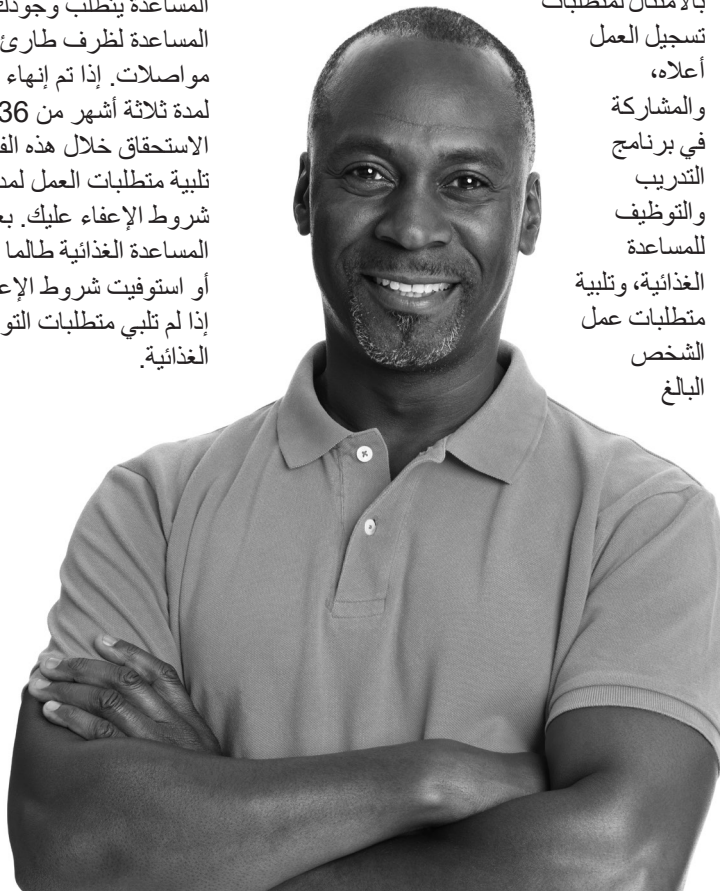
يمكن تلبية متطلبات عمل الشخص البالغ السليم جسديًا ولا يعول (ABAWD) من خلال القيام بأحد الإجراءات التالية:

- العمل 20 ساعة في الأسبوع (80 ساعة في المتوسط شهريًا) مقابل المال أو السلع أو الخدمات (عمل عيني) أو العمل غير المأجور الذي يتم التحقق منه بمتوسط شهري. (يعرف العمل غير المأجور بأنه القيام بشيء أو تأديته دون الحصول على تعويض عنه وهو عمل يفيد المجتمع أو عضو في المجتمع لا يقيم معك.)

- المشاركة في برنامج عمل والامتثال لمتطلباته - مثل برنامج التوظيف والتدريب للمساعدة الغذائية أو برنامج القوى العاملة من خلال مركز أو هايو مينز جوبس (OhioMeansJobs) - لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع.

- أي مزيج بين العمل والمشاركة في برنامج عمل لمدة 20 ساعة على الأقل في الأسبوع.
- المشاركة في "برنامج خبرة العمل" والامتثال له حسب ما هو محدد من قبل وكالة المقاطعة.

يتعين عليك إبلاغ وكالة المقاطعة إذا كانت ساعات عملك أقل من 20 ساعة في الأسبوع أو بمعدل 80 ساعة في الشهر. إذا كنت لا تفي بمتطلبات عمل الشخص البالغ السليم جسديًا ولا يعول، دون سبب وجيه، خلال أي ثلاثة أشهر في فترة 36 شهرًا، فلن تكون مستحقًا لتلقي مزايا المساعدة الغذائية. تحدد وكالة المقاطعة الأسباب الوجيه وتشمل الظروف الخارجة عن إرادتك. وهذا يشمل المرض أو مرض عضو آخر في مجموعة المساعدة يتطلب وجودك معه أو تعرض مجموعة المساعدة لظرف طارئ أو عدم توفر وسيلة مواصلات. إذا تم إنهاء أو قطع المساعدة الغذائية لمدة ثلاثة أشهر من 36 شهرًا، فيمكنك استعادة الاستحقاق خلال هذه الفترة الزمنية من خلال تلبية متطلبات العمل لمدة 30 يومًا أو انطباق شروط الإعفاء عليك. بعد ذلك، تظل مستحقًا لتلقي المساعدة الغذائية طالما استوفيت متطلبات العمل أو استوفيت شروط الإعفاء. سوف تتعرض لعقوبة إذا لم تلب متطلبات التوظيف والتدريب للمساعدة الغذائية.



جلسات استماع الولاية

ماذا لو اعترضت على ما حدث في حالتني؟

يُمكنك طلب عقد جلسة استماع خاصة بالولاية:

• إذا كنت لا توافق على إجراء أو قرار بشأن حالتك.

• إذا كنت تعتقد أن وكالة المقاطعة لم تفعل أمر وجب عليها فعله.

ما هي جلسة استماع الولاية؟

جلسة استماع الولاية هي اجتماع بينك وبين الأخصائي المسؤول عن حالتك وموظف جلسة الاستماع من إدارة أواهيو لخدمات العمل والأسرة. في جلسة الاستماع، سيشرح ممثل وكالة المقاطعة الإجراء الذي اتخذته الوكالة أو تخطط لاتخاذ بشأن حالتك. سيكون لديك فرصة لشرح سبب اعتراضك.

يمكنك إحضار أشخاص آخرين معك إلى جلسة الاستماع للتحديث بالأصالة عنك، مثل الأصدقاء أو الأقارب أو الشهود أو المحامين. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة قانونية مجانية، فيمكنك التواصل مع مكتب المساعدة القانونية المحلي. إذا كنت لا تعرف رقم هاتفهم، فاتصل بالرقم المجاني 1-866-529-1866-LAW-OHIO (1-866-6446) أو ابحث في دليل المساعدة القانونية على الرابط ohiolegalservices.org/programs.

كيف أطلب عقد جلسة استماع للولاية؟

إذا كنت ترغب في عقد جلسة استماع للولاية، فأرسل طلبك بالبريد الإلكتروني إلى مكتب الولاية لجلسات الاستماع على العنوان BSH@jfs.ohio.gov، أو اتصل بالرقم المجاني 1-866-635-3748، واختر 1؛ أو أرسل طلبك بالفاكس على الرقم 9574-728-614. يُمكنك كذلك طلب عقد جلسة الاستماع بالكتابة إلى:

جلسات استماع الولاية، إدارة خدمات الأسرة والعمل بولاية أواهيو

ص. ب. 182825، Columbus, Ohio 43218

إذا تلقيت إخطارًا من وكالة المقاطعة يفيد بأنها تخطط لتقليل المزايا المقدمة لك أو إيقافها، فيمكنك استخدام الإخطار نفسه لطلب جلسة استماع للولاية. يُمكنك معرفة تعليمات القيام بذلك من الإخطار نفسه. ما عليك سوى ملء المعلومات المطلوبة وإرسال النموذج بالبريد إلى العنوان المذكور. تحقق من تاريخ الإرسال في الإخطار. يجب طلب جلسة الاستماع في غضون 90 يومًا من تاريخ الإرسال المذكور.

إذا تم تقليل المزايا المقدمة لك أو قطعها وطلبت جلسة استماع في غضون 15 يومًا من تاريخ إرسال الإخطار، فسوف تظل المزايا المقدمة لك بنفس مقدارها القديم حتى اتخاذ القرار بشأن جلسة الاستماع. ومع ذلك، قد لا تستمر المساعدة الغذائية إذا كانت هذه هي نهاية فترة اعتمادك للمساعدة الغذائية. هل من طريقة أخرى لحل مشكلتك؟

يعد عقد جلسة مشاورات غير رسمية في وكالة المقاطعة أسرع طريقة لحل المشكلة. في الاجتماع، سينظر موظف المقاطعة في حالتك ويمكنه تصحيح أي أخطاء. يُمكنك الاتصال بالوكالة لطلب عقد اجتماع بالمقاطعة. إذا لم يصل اجتماع المقاطعة لحل المشكلة، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع للولاية قبل جلسة الاستماع.

يمكن حضور شخص آخر لجلسة الاستماع ليمثلك في القضية. قد يكون هذا الشخص محامياً أو صديقاً أو قريباً أو أي شخص آخر لديه خبرة في حقوق المساعدات العامة. إذا لم تحضر جلسة الاستماع، فيجب على الشخص الذي يتحدث نيابة عنك إحضار بيان مكتوب منك تذكر فيه إنه ممثلك. في حال أردت مساعدة قانونية خلال جلسة الاستماع، فعليك أن تقوم بالترتيبات اللازمة قبل الجلسة. تواصل مع برنامج المساعدة القانونية المحلي للتأكد من أنك مؤهل للحصول على مساعدة مجانية.

إذا لم تكن تعلم كيفية التواصل مع مكتب المساعدة القانونية المحلي الخاص بك، اتصل على الرقم المجاني 1-866-LAW-OHIO (1-866-529-6446) أو ابحث في دليل المساعدة القانونية على الرابط ohiolegalservices.org/programs. إذا أردت أن يتم إرسال إخطار جلسة الاستماع إلى محاميك، فلا بد أن تعطي مكتب الولاية لجلسات الاستماع اسم وعنوان المحامي.

ماذا يحدث في جلسة استماع الولاية؟

بعد أن تطلب جلسة استماع للولاية، سيرسل لك مكتب الولاية لجلسات الاستماع إخطارًا يوضح تاريخ جلسة الاستماع ووقتها ومكانها. يمكن عقد الجلسة عبر الهاتف أو شخصياً في إدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة. إذا لم تتمكن من الذهاب إلى وكالة المقاطعة، فيمكن عقد جلسة الاستماع في مكان آخر، وربما في منزلك. إذا كنت تفضل عقد جلسة الاستماع عبر الهاتف، فيجب عليك الاتصال بمكتب الولاية لجلسات الاستماع لطلب جلسة استماع عبر الهاتف قبل موعد الجلسة المحدد.

سوف يلتقي ممثل المقاطعة وموظف جلسات الاستماع بالولاية للحديث حول حالتك في جلسة الاستماع. سوف يوضح الموظف المسؤول عن الحالة تفاصيل إجراء الوكالة. ويُمكنك توضيح سبب اعتراضك. سوف يُصنّف موظف جلسات الاستماع لكلا الطرفين، وقد يطرح أسئلة وسوف يُسجل المحادثة على شرائط. بعد صدور قرار جلسة الاستماع، يمكنك أن تحصل على نسخة مجانية من التسجيل بالتواصل مع مكتب الولاية لجلسات الاستماع.

يمكنك الاطلاع على ملف قضيتك وأي دليل آخر لدى المقاطعة أثناء جلسة الاستماع أو قبلها. يمكنك أيضاً فحص القواعد المستخدمة لاتخاذ القرار بشأن حالتك. سوف توفر الوكالة نسخاً مجانية لك لمساعدتك على الاستعداد لجلسة الاستماع. إذا كنت بحاجة إلى النسخ، يرجى الاتصال بالوكالة قبل جلسة الاستماع استدعاء الممثل أمام المحكمة.

يمكنك أن تطلب من سلطة جلسة الاستماع أن تطلب وثائق أو تستدعي شهود لن يكونوا متواجدين وقتها ووجودهم يشكل أهمية لقضيتك. لا بد أن تطلب الاستدعاء قبل خمسة أيام على الأقل من تاريخ جلسة الاستماع مع تقديم اسم وعنوان هذا الشخص أو الوثيقة التي تريد استدعاها. ماذا لو لم أحضر الجلسة؟

إذا لم تحضر أنت ولا الممثل المفوض منك جلسة الاستماع، فسيرسل لك مكتب الولاية لجلسات الاستماع إخطاراً برد الدعوى. إذا كنت ترغب في متابعة طلب جلسة الاستماع، فيجب عليك الاتصال بالمكتب في غضون 10 أيام وشرح سبب عدم حضورك جلسة الاستماع. سوف تقرر هيئة الاستماع ما إذا كان سيبك وجبها أم لا. في حال لم تتصل خلال 10 أيام ولم تقدم سبباً وجبها فسوف يتم رد جلسة الاستماع وستخسر الجلسة. يمكن لوكالة المقاطعة حينئذ أن تتخذ الإجراء الذي كانت تخطط لاتخاذ. في حال عدم موافقتك على رد الدعوى، سيوضح لك إخطار الرد كيفية طلب استئناف إداري. متى سأعرف قرار موظف جلسة الاستماع؟

بعد جلسة الاستماع، سيقوم موظف الجلسة بمراجعة حالتك بشكل عادل وموضوعي. وسوف يتخذ قراراً بناءً على:

- المعلومات المقدمة خلال جلسة الاستماع
- هل تم تطبيق القواعد بشكل سليم أم لا

إذا كانت جلسة الاستماع الخاصة بك تتعلق بمزايا المساعدة الغذائية، فمن المفترض أن تحصل على قرار مكتوب في غضون 60 يومًا من تاريخ طلب جلسة الاستماع. ومن المفترض أن تحصل على قرار في غضون 90 يومًا في جميع البرامج الأخرى.

الامتثال

إذا قضى قرار جلسة الاستماع بزيادة مخصصات المساعدة الغذائية لك، فمن المفترض أن تحصل على الزيادة في غضون 10 أيام من تاريخ القرار. إذا كان القرار يقضي بتخفيض مخصصات المساعدة الغذائية لك، فمن المفترض أن تحصل على المقدار الأصغر الجديد في الشهر التالي، في الوقت الذي تتلقى فيه مخصصاتك في العادة. في جميع البرامج الأخرى، لابد للوكالة من تنفيذ الإجراء الوارد في القرار خلال 15 يوم من تاريخ صدور القرار، ودائمًا خلال 90 يوم من طلب جلسة الاستماع. إذا لم تتلق على الفور المزايا التي يمنحها قرار جلسة الاستماع، فاتصل بمكتب الولاية لجلسات الاستماع. ماذا إذا كنت لا توافق على القرار؟

يمكنك طلب استئناف إداري إذا كنت لا توافق على قرار جلسة الاستماع. سيخبرك إخطار القرار الكتابي من موظف الجلسة بكيفية طلب استئناف إداري. يمكنك طلب مراجعة قضائية إذا كنت لا توافق على قرار الاستئناف الإداري. المراجعة القضائية هي استئناف يُقدم إلى المحكمة.

الحقوق المدنية

الحماية للأفراد المستحقين للحصول على خدمات أو الذين يتلقون خدمات من أو يستفيدون من البرامج الممولة من خلال إدارة خدمات العمل والأسرة بولاية أوهايو وإدارة Medicaid في أوهايو مكفولة بموجب القوانين واللوائح والقواعد والسياسات المختلفة ضد التمييز غير القانوني على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الإعاقة أو العمر أو الجنس أو الأصل القومي أو المعتقد السياسي أو الانتماء السياسي أو الجنسية/حالة المشاركة.

(قد تختلف الفئات المحمية حسب البرنامج.)

يسمح البند السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 بطلب معلومات عرقية وإثنية منك. وأنت غير ملزم بتقديم هذه المعلومات. ومع ذلك، فإن تقديم هذه المعلومات سيساعد على مراعاة قانون الحقوق المدنية الفيدرالي. إذا كنت لا ترغب في تقديم هذه المعلومات، فلن يكون لهذا أي تأثير على حالتك.

الوكالات الدينية

تتمتع إدارات خدمات العمل والأسرة في المقاطعة باتفاقيات مع وكالات أخرى لتقديم الخدمات للأسر التي قد تتلقى خدمات دعم العمل من خلال برنامج الوقاية والإبقاء والطوارئ، أو لتكون بمثابة مواقع عمل للأبناء الذين يتلقون خدمات أوهايو وركس فيرست. وقد تكون بعض مواقع الخدمات أو العمل في وكالات دينية، مثل الكنائس. إذا كنت لا ترغب في الذهاب إلى وكالة دينية للحصول على الخدمات أو للعمل، فأخبر الموظف المسؤول عن حالتك.

ما المقصود بالتمييز؟

- التمييز هو إجراء أو سياسة أو ممارسة - سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة - تؤدي إلى معاملة غير متكافئة للبشر. لا يجوز تعرض أي شخص بسبب انتمائه للفئات المحمية:
- لمنع أو تأخير الحصول على أي خدمة أو معونة أو غيرها من المزايا المقدمة من أحد برامج ODJFS.
- التعرض للتمييز العنصري أو المعاملة المتباينة في أحد برامج ODJFS
- تقديم الخدمات له بطريقة مهينة أو محرجة
- تقديم الخدمات باستخدام قواعد مختلفة لتحديد مستحقي الحصول على المساعدة
- الخضوع للتقييد في استخدام المباني أو الغرف أو غيرها من المساحات بطريقة تمنع مشاركة الفرد أو دخوله إليها
- منع الحصول على الخدمة لأن المباني أو المرافق لا يمكن الدخول إليها فعليًا من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة أو لعدم وجود طريقة للتواصل الفعال مع مقدم الخدمة.

الكلمات الرئيسية هي "بسبب". إذا تعرضت للمنع من أو تأخر الحصول على خدمة على قدم المساواة - وكنت تعتقد أن ذلك بسبب انتمائك لفئة محمية - فقد تكون تعرضت لتمييز غير قانوني.

يوجد فرق بين المنع أو التأخير القانوني وغير القانوني للمزايا و/أو الخدمات. قد يتعرض الأفراد للمنع من تلقي مزايا و/أو خدمات إذا لم يستوفوا متطلبات الاستحقاق. ولا يعد هذا أمرًا منافيًا للقانون أو ينطوي على تمييز. الأشخاص من ذوي الإعاقة يتمتع الأشخاص من ذوي الإعاقة بالحماية ضد التمييز غير القانوني حسب قانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة (ADA) والقسم 504 من قانون إعادة التأهيل وقوانين الولايات المشابهة. كما يكفل لك القانون أيضًا الحماية إذا كانت لديك إعاقة طبية أو عقلية مسجلة، أو مجموعة من الإعاقات، أو عند تعاقب إدارة ODJFS أو إدارة ODM أو وكالة مقاطعتك مع وكالة خاصة للمساعدة في تقديم المزايا لك.

الإعاقة هي ضعف جسدي أو عقلي - أو مجموعة من أنواع الضعف - التي تحد بشكل كبير من نشاط أو أكثر من أنشطة حياتك الرئيسية.

تشمل أنشطة الحياة الرئيسية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: الاعتناء بنفسك والرؤية والسمع والأكل والنوم والمشي والوقوف والنهوض والانحناء والتحدث والتنفس والتعلم والقراءة والتركيز والتفكير والتواصل والعمل. وتشمل أيضًا الوظائف الجسدية الرئيسية، مثل الجهاز المناعي والجهاز الهضمي والأمعاء والمثانة والجهاز العصبي والدماغ والجهاز التنفسي والدورة الدموية والغدد الصماء والوظائف التناسلية.

يكون الشخص معاقًا إذا كانت قدرته على أداء نشاط كبير في الحياة مقيدة مقارنة بمعظم الناس في عموم السكان. ينبغي اتخاذ قرار بشأن إعاقة الشخص بغض النظر عما إذا كان العلاج الطبي أو الجهاز سوف يمكنه من أداء نشاطه بكفاءة وذلك باستثناء استخدام النظارات أو العدسات اللاصقة.

الفرد المؤهل من ذوي الإعاقة هو الشخص المستحق للحصول على المزايا والخدمات الحكومية، مثل المساعدة النقدية أو المساعدة الغذائية أو مساعدات برنامج أوهايو وركس فيرست. قد يتعين على إدارة ODJFS أو وكالة المقاطعة أو صاحب العمل إجراء تغييرات مادية للسماح لك بالدخول إلى مكتب الوكالة أو موقع العمل المخصص. أو قد يتعين عليهم تقديم مساعدات أو خدمات خاصة (مثل مترجم فوري أو قارئ أو معدات خاصة) لمساعدتك في استخدام الميزة أو الخدمة أو للتواصل معهم.

على الوكالة أو صاحب العمل واجب توفير وسيلة الراحة لإعاقتك بشكل معقول حتى تتمكن من الاستفادة من البرنامج أو الميزة أو الخدمة. ومع ذلك، قد لا تعد وسيلة الراحة معقولة إذا تسببت في عبء مالي أو إداري لا داعي له أو إذا غيرت الطبيعة الأساسية للبرنامج. في ظل أي من هذه الحالات، يمكن للوكالة أو صاحب العمل رفض توفير وسيلة الراحة. بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت تشكل "تهديدًا مباشرًا" على صحة أو سلامة نفسك أو الآخرين، وإذا لم يُسعف اتخاذ خطوات معقولة في إزالة الخطر على الصحة أو السلامة، فقد لا تتمكن من المشاركة في أنشطة أعمال معينة. سيتم اتخاذ أي قرار بشأن تشكيلك لتهديد مباشر على أساس فردي وعلى أساس كل حالة على حدة ولا يمكن أن يستند إلى التحيزات أو المخاوف أو الصور النمطية أو الافتراضات.

قد تشمل وسائل الراحة المعقولة ما يلي:

- ضمان توفر خدمات التواصل لمن يعانون ضعفاً في السمع أو البصر أو الكلام أو جميع ما سبق
- ضمان إمكانية الوصول إلى مكان العمل و/أو موقع الخدمات
- إعادة تعيين أو إعادة تحديد مكان الفصول و/أو تعديل المعدات الحالية
- إعادة هيكلة مناهج التدريب أو صيغته أو ساعات التدريب
- توفير معدات خاصة (على سبيل المثال، الخطوط الكبيرة لشاشات الكمبيوتر)
- تقديم المساعدة في ملء الطلبات وجمع الوثائق
- تقديم شروحات إضافية لقواعد البرنامج
- توفير مترجم إذا كنت أصمًا أو ضعيف السمع
- إجراء تسهيلات خاصة للمواعيد، مثل إعادة الجدولة؛ أو جدولة المواعيد ليوم أو وقت أو موقع معين؛ أو السماح لشخص ما بمرافقتك؛ أو إجراء المواعيد عبر الهاتف؛ أو السماح بالزيارات المنزلية

- إرسال نسخ من الإخطارات إلى طرف ثالث، مثل الأقارب أو الجيران أو المحامي
- إجراء تغييرات معقولة على سياسات الوكالة أو ممارساتها - على سبيل المثال، السماح لشخص كيف بإحضار حيوان الخدمة ونشر لافتات توضح موقع المداخل وغرف الاستراحة والمصاعد والمنحدرات الداخلية التي يمكن الوصول إليها بواسطة الكراسي المتحركة.

ليس المقصود من وسائل الراحة المذكورة أعلاه أن تكون شاملة لجميع بنودها. كل فرد من ذوي الاحتياجات متفرد ولديه احتياجاته الفريدة. إذا احتجت وسيلة راحة معقولة، فأخبر وكالة المقاطعة التابع لها وأخبرهم بما يناسبك.

إذا كنت مرتبطاً بشخص معاق، فالقانون يكفل لك الحماية أيضاً. على سبيل المثال، إذا كان لديك طفل قاصر من ذوي الإعاقة ويحتاج إلى علاج طبي أو علاج نفسي أو إلى الحجز في المستشفى، فإن أي مواعيد أو مهام عمل يجب أن تتلائم مع الجدول الطبي لطفلك.

كيفية تقديم الشكاوى

إذا كنت تعتقد ان رفض تقديم الخدمة لك أو تأخيرها عليك قد تم بسبب عمرك أو جنسك أو أصلك القومي أو معتقدك السياسي أو انتمائك السياسي أو الجنسية / حالة المشاركة

(قد تختلف الفئات المحمية حسب البرنامج)، فيجب عليك تقديم الشكاوى خلال 180 يوماً من تاريخ الواقعة أو المعاملة. إذا كانت لديك أسئلة حول كيفية التقدم بشكاوى، فاتصل بالرقم المجاني لمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة ODJFS على الرقم 1-866-227-6353 أو راسل المكتب المذكور على العنوان المبين أدناه. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مشورة قانونية مجانية، فاتصل بالرقم المجاني 1-866-644-529 (1-866-LAW-OHIO) أو ابحث في دليل المساعدة القانونية المتوفر على smargorp.gro.secivreslageloiho. يجب إرسال الشكاوى المتعلقة بوقائع التمييز المزعم في غضون 180 يوماً من تاريخ الواقعة إلى:

- إدارة خدمات العمل والأسرة في أوهايو، مكتب خدمات الموظفين والأعمال

مكتب الحقوق المدنية

30 E. Broad Street, 30th Floor
Columbus, Ohio 43215-3414

الهاتف: 644-2703 (614) أو الرقم
المجاني 1-866-227-6353

الفاكس: 752-6381 (614)

[jfs.ohio.gov/civilrights/
complaint.stm](http://jfs.ohio.gov/civilrights/complaint.stm)

سوف تدرس إدارة ODJFS شكاوك. في حالة الانتهاء لوجود تمييز، فسوف تعمل الوكالة على تصحيحه. نظراً لأن برامج ODJFS قد تتمتع بصلاحيات قضائية مختلفة فيما يخص الشكاوى، يمكنك إرسال شكاوك و/أو الاتصال بالمكاتب التالية مباشرة:

- قسم ولاية أوهايو لتأمين Medicaid، مكتب الموارد البشرية، علاقات الموظفين

ص.ب. رقم: 182709 - Columbus, Ohio 43218-2709

الهاتف: 995-9981 (614) -
الفاكس: 690-7442 (202)

البريد الإلكتروني: ODM

[EmployeeRelations@
medicaid.ohio.gov](mailto:EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov)

[medicaid.ohio.gov/
FOROHIOANS/](http://medicaid.ohio.gov/FOROHIOANS/)

[AlreadyCovered/CivilRights.
aspx](http://AlreadyCovered/CivilRights.aspx)



- مكتب الحقوق المدنية، وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية

200 Independence Ave.
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019

/sthgir-liviv/vog.shh
/tnialpmoc-a-gnilfi
ssecorp-tnialpmoc

- وزارة العمل الأمريكية، مركز الحقوق المدنية

200 Constitution Ave.
Room N-4123
Washington, D.C. 20210

اتصل بالرقم (202) 693-6500
1-877-889-5627 إذا كنت تعاني من مشكلة في السمع أو النطق.

/smargorp/masao/vog.lod
mth.tnialpmoc/crc

بيان عدم التمييز للمساعدة الغذائية يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس وفي بعض الحالات على أساس المعتقدات الدينية أو السياسية.

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية، أو القيام بأي أعمال ثارية أو انتقامية بسبب نشاط الحقوق المدنية السابق في أي برنامج أو نشاط تجريه الوزارة أو تموله.

في حالة الأشخاص من ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (على سبيل المثال.

طريقة برايل والحروف الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك)، فيجب الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) حيث تقدموا للحصول على المزايا. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو ذوي الإعاقات في الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على 877-8339 (800).

بالإضافة إلى ذلك، قد يتم إتاحة معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. ولتقديم شكوى ضد التمييز في البرنامج، أكمل نموذج الشكوى بخصوص التمييز لبرنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، الموجود على الإنترنت على الموقع ascr.usda.gov أو في أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية وقدم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج داخل الخطاب. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج المعبأ أو الخطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

- البريد الإلكتروني: وزارة الزراعة الأمريكية- مكتب الأمين المساعد للحقوق المدنية

1400 Independence Avenue,
SW Washington, D.C.
20250-9410

الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بمشكلات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن التابع لوزارة الزراعة الأمريكية الخاص ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية على الرقم 221-5689 (800)، ويتوفر أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال بأرقام استعلامات الولاية / أرقام الخط الساخن (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن حسب الولاية)؛ يمكن العثور عليه على الإنترنت على الموقع fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

لتقديم شكوى بشأن التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية عبر وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، اكتب: مدير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 اتصل بالرقم 619-0403 (202) (الاتصال الصوتي) أو 537-7697 (800) (TTY). توفر هذه المؤسسة فرصًا متساوية للجميع.

الجنسية وحالة الهجرة

يجب عليك تقديم إثبات الجنسية وحالة الهجرة لكل فرد في أسرتك يرغب في تلقي المساعدة.

تأمين Medicaid

يجب على الأفراد الراغبين في تلقي مزايا تأمين Medicaid تقديم معلومات حول الجنسية وحالة الهجرة.

إذا كنت تتقدم بالطلب من أجل طفل، فيجب عليك تقديم معلومات حول الجنسية أو حالة الهجرة للطفل. لا يتعين على الأفراد في نفس الأسرة ممن لا يرغبون في الحصول على مزايا Medicaid تقديم معلومات حول الجنسية أو حالة الهجرة الخاصة بهم. لا يتعين على الأفراد الذين يتقدمون للحصول على المساعدة الطبية الطارئة للأجانب (AEMA) تقديم معلومات حول الجنسية أو حالة الهجرة الخاصة بهم.

المساعدة الغذائية

يجب على جميع أفراد أسرتك ممن يرغبون في الحصول على المساعدة الغذائية تقديم معلومات حول جنسيتهم أو حالة الهجرة. إذا كان أي شخص في أسرتك لا يريد تقديم معلومات حول جنسيته أو حالة الهجرة الخاصة به، فيمكن تصنيف هذا الشخص بأنه غير مشمول في الطلب. هذا يعني أن هذا الشخص لن يتم اعتباره مقدمًا لطلب الحصول على المساعدة ولن يكون مستحقًا للحصول على المساعدة الغذائية. وعلى الرغم من ذلك، لا يزال يتعين على أفراد الأسرة غير المتقدمين للحصول على المساعدة الإجابة عن الأسئلة التي تؤثر على استحقاق أفراد الأسرة المتقدمين، مثل المعلومات حول الدخل والموارد ووضع الموظف المضرب عن العمل والمخالفات المتعمدة للبرامج. يجب مراعاة دخل وموارد جميع أفراد الأسرة غير المتقدمين عند تحديد استحقاق الأسرة ومستوى المزايا. سيكون في وسع أفراد الأسرة الآخرين الحصول على المساعدة الغذائية إذا كانوا من المستحقين للمزايا.

برنامج أوهايو وركس فيرست وبرنامج إعادة توطين اللاجئين يجب على كل فرد في أسرتك يرغب في تلقي مزايا برنامج أوهايو وركس فيرست أو المساعدة النقدية أو الطبية بموجب برنامج إعادة توطين اللاجئين تقديم معلومات حول حالة الهجرة أو الجنسية الخاصة بهم. قد يكون بعض أفراد أسرتك غير مستحقين للمساعدة بسبب وضعهم كمهاجرين. إذا حدث ذلك، فقد يظل أفراد الأسرة الآخرين قادرين على الحصول على المساعدة إذا كانوا مستحقين. إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كان أفراد الأسرة الآخرون مستحقين للحصول على مزايا برنامج أوهايو وركس فيرست أو الإعانات النقدية أو الطبية بموجب برنامج إعادة توطين اللاجئين، فيجب عليك تقديم معلومات حول جنسيتهم أو حالة الهجرة الخاصة بهم. ستحتاج أيضًا إلى الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بدخل أسرتك والأسئلة الأخرى التي تطرحها وكالة المقاطعة.

برامج وخدمات تأمين Medicaid

| غير ذلك | الموارد | الدخل |
|---------|---------|-------|
|---------|---------|-------|

| التحقق مطلوب | | | نوع تغطية برنامج Medicaid |
|--------------|---|---|---|
| x | | | تأمين Medicaid لدخل الضمان التكميلي: تغطية Medicaid للأفراد الذين يتلقون مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI). |
| x | | x | تمديد للبالغين: تغطية Medicaid للأفراد من عمر 19 إلى 64. |
| x | | x | الوالدان والأقارب القائمون على الرعاية: تغطية Medicaid للوالدين والأقارب الذين يعتنون بأطفال دون سن 18 عامًا. |
| x | | x | الحوامل: تغطية Medicaid للنساء طوال فترة الحمل ولمدة 60 يومًا بعد الولادة. |
| x | | x | الأطفال: تغطية Medicaid للأطفال حتى سن 19. التغطية للأطفال في الأسر التي يزيد دخلها عن 156% من مستوى الفقر الفيدرالي متاحة فقط إذا لم يكن لدى الأطفال تأمين صحي آخر موثوق. |
| | | | الاستحقاق الافتراضي للأطفال: تغطية Medicaid فورية ومحددة زمنيًا للأطفال حتى سن 19. |
| | | | الاستحقاق الافتراضي للحوامل: تغطية Medicaid فورية ومحددة زمنيًا للرعاية المنتقلة قبل الولادة للحوامل. ولا تشمل المخاض والتوليد داخل المستشفى. |
| x | | x | المساعدة الطبية للجنين (RMA): تغطية Medicaid محددة زمنيًا للجنين. يقدم البرنامج الفحص الطبي والخدمات الطبية الأخرى للأجناس المستحقين. |
| x | x | x | المساعدة الطبية الطارئة للأجناس (AEMA): تغطية Medicaid لعلاج الحالات الطبية الطارئة لبعض الأفراد الذين يستوفون جميع متطلبات Medicaid بخلاف متطلبات الجنسية. |
| x | | x | المساعدة الطبية الانتقالية (TMA): تغطية تصل إلى ستة أشهر من برنامج Medicaid مع عمل تقارير ربع سنوية وإمكانية الحصول على ستة أشهر إضافية من تغطية Medicaid للأسر التي قد تفقد التغطية بسبب حصول أحد أفراد الأسرة على وظيفة جديدة أو كسبه لأموال إضافية. |
| x | | | الأطفال تحت الرعاية/أطفال المحتضنون السابقون تحت الرعاية: تغطية Medicaid للأطفال الموجودين في حضارة وكالة خدمات الأطفال العامة، أو المتلقين للرعاية البديلة أو لخدمات المساعدة على التبني بموجب الباب الرابع-القسم E من القانون، أو من يتلقون خدمات المساعدة على التبني من الولاية أو الحكومة الفيدرالية. يغطي البرنامج أيضًا الأفراد الذين نشأوا في الرعاية البديلة بعد إكمالهم الثامنة عشرة، حتى بلوغهم سن 26 عامًا. |
| x | | | الاستحقاق المستمر للأطفال: يتوفر اثنا عشر شهرًا من الاستحقاق المستمر لكل طفل يحصل على تغطية برنامج Medicaid حتى سن 19 عامًا. |
| x | | x | البالغون بعمر 19 و 20 عامًا: تغطية Medicaid للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 20 عامًا. يمكن استخدام دخل الأسرة في تحديد الاستحقاق. |
| x | x | x | العاجزون أو المكفوفون أو المعاقون من غير فئة ذوي الدخل الإجمالي المعدل (Non-MAGI): تغطية Medicaid للأشخاص الذين لا تقل أعمارهم عن 65 عامًا والأفراد المكفوفين أو المعاقين في أي عمر. |
| x | x | x | برنامج المساعدة على أقساط Medicare (MPAP): برامج مساعدة Medicaid التي تساعد في دفع تكاليف Medicare. <ul style="list-style-type: none"> المستفيد المستحق لبرنامج Medicare (أو QMB): يدفع المستفيد أقساط الجزء A و B والاستقطاعات والدفع الجزئي وتكاليف التأمين المشترك. المستفيدون المحددون ببرنامج Medicare من ذوي الدخل المنخفض (SLMB): يدفعون أقساط الجزء B فقط. الفرد المستحق (أو QI): يدفع أقسام الجزء B فقط. الأفراد العاملون والمعاقون المستحقون (QDWI): يدفعون أقساط الجزء A فقط. Medicaid assistance programs that help pay Medicare costs. |
| x | x | x | برنامج Medicaid Buy-In للعمال من ذوي الاحتياجات الخاصة (MBIWD): تغطية Medicaid للأفراد المعاقين العاملين الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 64 عامًا. إذا كان دخلك أعلى من مبلغ معين، فقد تحتاج إلى دفع قسط للحصول على برنامج MBIWD للعمال المعاقين. |
| x | x | x | البرنامج التكميلي للإقامة بالولاية (RSS): برنامج دفع نقدي إضافي للمسنين أو المكفوفين أو المعاقين الذين يستوفون معايير مستوى وفائي معين من الرعاية الصحية على النحو الذي يحدده مقدم الرعاية الصحية. يساعد البرنامج التكميلي للإقامة بالولاية (RSS) في دفع تكاليف المعيشة في بعض مرافق رعاية البالغين. |
| x | x | x | الرعاية طويلة الأمد أو خدمات إعفاء HCBS: الرعاية طويلة الأمد أو خدمات الإعفاء متوفرة للأفراد ممن يحتاجون إلى رعاية خاصة، حسب ما يحدده مقدم الرعاية الصحية ولوائحهم معيار الرعاية المتوسطة للمساعدة. |
| x | x | x | برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE): برنامج "رعاية شاملة" تديره كل من Medicare و Medicaid في مقاطعة كايهاو غا. |
| x | | | مشروع سرطان الثدي وعق الرحم (BCCP): تغطية Medicaid لبعض النساء اللاتي يحتجن إلى علاج لسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم أو الحالات الطبية السابقة للإصابة بسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم. يجب خضوع هؤلاء النساء للفحص من برنامج BCCP من قبل إدارة الصحة في أوهايو قبل التقدم للحصول على Medicaid المخصص لبرنامج BCCP. |

توفر برامج وخدمات تأمين Medicaid لولاية أوهايو والبرامج ذات الصلة بتأمين Medicaid إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأفراد المستحقين.

شروط الاستحقاق عند التقدم بطلب للحصول على تأمين Medicaid

للحصول على أي نوع من مزايا تأمين Medicaid، يجب عليك:

- تقديم رقم ضمانك الاجتماعي
- أن تكون مقيمًا في ولاية أوهايو
- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو أجنبيًا مستحقًا
- منح ولاية أوهايو الحق في الحصول على دعم طبي ومدفوعات لرعايتك الطبية من طرف ثالث
- مساعد ولاية أوهايو في إثبات الأبوة والحصول على الدعم الطبي لأي طفل مستحق لتأمين Medicaid
- مساعد ولاية أوهايو في تحديد ومتابعة أي شخص أو شركة قد تكون مسؤولة عن رعايتك أو خدماتك الطبية
- تقدم بطلب واقتل أي مزايا أخرى يجب أن تحصل عليها (مثل دخل الضمان الإضافي، أو تأمين الضمان الاجتماعي ضد الإعاقة، أو الرعاية الطبية)
- استوف متطلبات الدخل والموارد والبرامج الأخرى
- حدد خطة رعاية مدارة على الفور، إذا لزم الأمر.

تأمين Medicaid وبرامج الرعاية الصحية الأخرى

بالإضافة إلى شروط الاستحقاق الأخرى، سوف تحتاج إلى تلبية المتطلبات المالية والمتطلبات المتعلقة بالموارد للحصول على تأمين Medicaid. يوضح المخطط الموجود على اليمين عمليات التحقق المطلوبة لكل نوع من أنواع التغطية.

خدمات الرعاية الصحية المشمولة في تأمين Medicaid

يشمل تأمين Medicaid العديد من الخدمات. بالنسبة لبعض الخدمات، قد تحتاج إلى دفع جزئي. لا توجد متطلبات دفع جزئي للسيدات الحوامل والأطفال. بعض الخدمات التي قد تحصل عليها هي:

- زيارات الطبيب
- فحوصات الأسنان وتنظيفها
- تنظيم الأسرة
- الخدمات المتعلقة بالحمل
- الأدوية المتوفرة بوصفة طبية
- الاختبارات المعملية والأشعة السينية
- فحوصات العين المنتظمة والنظارات
- الخدمات السمعية
- اختبارات البروستات (من سن 50 وما فوق)
- مسحات عنق الرحم / فحوصات الحوض
- خدمات الصحة المنزلية
- رعاية المستشفى
- تطعيمات الإنفلونزا
- الرعاية المنزلية والمجتمعية طويلة الأمد
- الرعاية في دار ترميز أو مرفق للرعاية المتوسطة (ICF)
- فحوصات صحة الطفل للأطفال حديثي الولادة حتى سن العشرين، وتشمل التطعيمات، من خلال برنامج Healthchek.

أشياء أخرى تحتاج معرفتها بشأن تأمين Medicaid

للحصول على معلومات حول أي من هذه الموضوعات أو إذا كانت لديك أية أسئلة، يرجى التحدث إلى الموظف المسؤول عن حالتك أو الاتصال بالخط الساخن لعملاء تأمين Medicaid في ولاية أوهايو على الرقم 1-800-324-8680.

المساعدة في الفواتير الطبية المستحقة غير المدفوعة: إذا تحملت فواتير طبية في الأشهر الثلاثة التي سبقت التقدم بطلب للحصول على تأمين Medicaid، فقد تتمكن تأمينات Medicaid من المساعدة في سدادها. اتصل بإدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة للحصول على مزيد من المعلومات.

الأقساط السنوية: إذا كنت بحاجة إلى تأمين Medicaid ولديك أي أقساط سنوية، فسيتم عليك تحديد ولاية أوهايو باعتبارها المستفيد الأول بالمتبقي (ما لم يكن لديك زوج أو طفل قاصر).

تحمل التكاليف على الممتلكات: إذا انضمت لبرنامج Medicaid بعد بلوغك 55 عامًا أو أثناء اعتبارك مودع في دار رعاية مدى الحياة، فسوف يسعى برنامج Medicaid بعد وفاتك إلى استرداد تكلفة الخدمات المقدمة لك. سوف يقوم برنامج Medicaid بتحصيل هذا الدين من الممتلكات العقارية أو الشخصية (مثل منزلك وحساباتك المصرفية وصناديق الائتمان والصايا والتأمين على الحياة والتقاعد والأسهم والسندات).

قد يتأخر تحميل التكاليف على الممتلكات أو قد لا يحدث إذا كان لديك:

- زوج على قيد الحياة
- طفل على قيد الحياة حتى سن 21
- طفل كفيف أو معاق على قيد الحياة بأي عمر وكان يعيش معك
- أخ أو طفل على قيد الحياة يقوم برعايتك في منزلك
- تلقيت خدمات برنامج المساعدة على أقساط Medicare فقط في 1 يناير 2010 أو بعده

حتى عند عدم انطباق أي مما سبق، فقد يدافع وريثك بأن تحميل التكاليف على الممتلكات من شأنه أن يسبب له مشقة لا داعي لها.

يتولى مكتب النائب العام تحميل التكاليف على الممتلكات. لمزيد من المعلومات، اتصل بوحدة تحميل التكاليف على الممتلكات لبرنامج Medicaid، على العنوان E. Gay St., 21st Floor, 150 Columbus, Ohio 43215-3130.

شراكة ولاية أوهايو لتأمين الرعاية طويلة الأمد: يمكن الآن لشركات تأمين الرعاية طويلة الأمد في ولاية أوهايو تقديم سياسات استحقاق بموجب برنامج تأمين شراكة الرعاية طويلة الأمد للولاية. يوفر تأمين الشراكة وسيلة للأشخاص لشراء تأمين رعاية طويل الأمد والحصول على مزايا السياسة وحماية مبلغ مكافئ لها من الأصول إذا كانوا بحاجة إلى التقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid. تستطيع أنت فقط أن تقرر ما إذا كان تأمين الرعاية طويلة الأمد مناسباً لك. تفضل بزيارة ltc4me.ohio.gov للمزيد من المعلومات.

مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية للجزء D من تأمين Medicare: إذا كانت لديك تغطية حسب الجزء D من برنامج Medicare، فلن يدفع برنامج Medicaid مقابل الأدوية الموصوفة لك. ومع ذلك، يمكنك التقدم بطلب للحصول على Extra Help (المساعدة الإضافية)، وهو أحد برامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare، وذلك بالأقساط والخصومات والتأمين المشترك. إذا تبين أنك مستحق للحصول على برنامج Extra Help، فلن تضطر إلى دفع المبلغ المستقطع، وسيتم تخفيض مقدار الدفع الجزئي لك. لمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 1-800-633-4227 (MEDICARE) أو تفضل بزيارة medicare.gov

الإعفاءات المستندة إلى المنزل أو المجتمع: تساعد الإعفاءات المنزلية والمجتمعية العملاء المستحقين

لبرنامج Medicaid على البقاء في المنزل بدلاً من الاضطرار إلى الذهاب إلى دار لرعاية المسنين أو مستشفى أو منشأة مخصصة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات في النمو. يمكن للأفراد المسجلين في برامج الإعفاء من Medicaid تلقي خدمات التمريض وخدمات الأنشطة اليومية وخدمات المعالجة الماهرة. للمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة medicaid.ohio.gov FOROHIOANS/Programs/HCBSWaivers.aspx



الحقوق والمسؤوليات

المساعدة الطبية

تقدم ولاية أوهايو المساعدة الطبية من خلال برنامج Medicaid، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال، وبرنامج المساعدة على أقساط Medicare، وبرنامج المساعدة الطبية للأجنيين. ولكل برنامج متطلبات فريدة. بشكل عام، يجب عليك:

- تسليم المسؤول عن حالتك جميع المستندات المطلوبة.
- إخبار المسؤول عن حالتك بأي تغييرات تطرأ على أسرتك في غضون 10 أيام.
- التعاون مع عمليات تقديم الطلب والتجديد والتتقيق ومراقبة الجودة.
- تحديد خطة رعاية مدارة إذا لزم الأمر، في أسرع وقت ممكن.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم أو إعادة تقديم طلب للحصول على مساعدة طبية، فاطلب المساعدة من المسؤول عن حالتك. تحدث أيضًا إلى المسؤول عن حالتك إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على المستندات المطلوبة.

التحذير من عقوبات برنامج المساعدة الغذائية



لن يتمكن أي فرد من أفراد أسرتك بتبين أنه أدلى ببيان كاذب أو قدم معلومات كاذبة عن قصد فيما يتعلق بالهوية والإقامة من أجل الحصول على أكثر من إعانة واحدة في نفس الوقت من على مزايا المساعدة



الحصول الغذائية لمدة 10 سنوات.

قد نتحقق من سجلات ولاية أوهايو وسجلات من ولايات أخرى لمعرفة ما إذا كان أي شخص في أسرتك قد انتهك قواعد المساعدة الغذائية من قبل ولا ينبغي له أن يحصل على مزايا مساعدة الغذاء لعدم انقضاء فترة عدم الاستحقاق الناتجة عن خرق القواعد.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على مزايا برنامج المساعدة الغذائية أو لاستمرارها.
- لا تتاجر بمزايا المساعدة الغذائية أو تبيعها.
- لا تزور أي مستند تفويض للحصول إعانات المساعدة الغذائية التي لا يحق لك الحصول عليها.
- لا تقدم لأسرتك مزايا المساعدة الغذائية الخاصة بشخص آخر.
- لا تستخدم مزايا المساعدة الغذائية لشراء سلع لا تدخل في الاستحقاق، مثل المشروبات الكحولية والتبغ.

العقوبات تشمل:

- المرة الأولى - عدم استحقاق المساعدة الغذائية لمدة 12 شهرًا
- المرة الثانية - عدم استحقاق المساعدة الغذائية لمدة 24 شهرًا
- المرة الثالثة - عدم الاستحقاق الدائم للمساعدة الغذائية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن للمحكمة أن تمنع فردًا من التمتع بالبرنامج لمدة 18 شهرًا إضافية. يمكن أيضًا تغريم الفرد ما يصل إلى 250 ألف دولار، أو قضاؤه مدة تصل إلى 20 عامًا في السجن، أو كليهما حسب مقدار المزايا المعنية.

لن يتمكن أي فرد من أفراد أسرتك تثبت إدانته من محكمة قانونية بقيامه بشراء أو بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات مقابل مزايا المساعدة الغذائية من الحصول على مزايا المساعدة الغذائية مرة أخرى. لن يتمكن أي فرد من أفراد أسرتك تثبت إدانته من محكمة قانونية بشراء أو بيع مواد خاضعة للرقابة (عقاقير غير قانونية أو أدوية معينة تتطلب وصفة طبية من الطبيب) مقابل مزايا المساعدة الغذائية من الحصول على مزايا المساعدة الغذائية لمدة 24 شهرًا للمخالفة الأولى ونهائيًا للمخالفة الثانية. لن يتمكن أي فرد من أفراد أسرتك تثبت إدانته من محكمة قانونية بالاتجار في مزايا المساعدة الغذائية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر من الحصول على مزايا المساعدة الغذائية مرة أخرى.

سيتحقق المسؤولون الفيدراليون والتابعون للولاية والمحليون من المعلومات التي تقدمها للتأكد من أن أسرتك مستحقة لمزايا المساعدة الغذائية وتتلقى المقدار المناسب منها. وسوف يتحققون من المعلومات باستخدام نظام التأكد من الاستحقاق والدخل التابع للولاية والنظام الفرعي للمتلقين غير المستحقين وغير ذلك من أنظمة مطابقة الكمبيوتر ومراجعات البرامج والتدقيقات. وقد يرسلون بعض المعلومات أيضًا إلى خدمات إدارة الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) للتحقق من صحة المعلومات المقدمة. لن تتم مشاركة المعلومات حول الأفراد الذين لا يقدمون أرقام ضمانهم الاجتماعي مع خدمات إدارة الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS).

قد يتم أيضًا التحقق من المعلومات التي قدمتها من خلال برامج المعونات الفيدرالية الأخرى وبرامج الولاية المدعومة فيدراليًا، مثل برنامج الغذاء المدرسي الوطني، وبرنامج أوهايو وركس فيرست، وبرنامج Medicaid. قد يتم التحقق من المعلومات أيضًا من خلال جهات اتصال مباشرة عند العثور على تناقضات فيها وقد تؤثر المعلومات المقدمة على استحقاقك ومقدار المزايا. إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد، فقد تُحرَم من مزايا المساعدة الغذائية، وقد يُتخذ إجراء قانوني ضدك. إذا تم منحك مقدار مزايا أكبر من المستحق لك، فقد يجب عليك رد المقدار غير المستحق لك.

إذا تلقيت مقدارًا زائدًا من مزايا المساعدة الغذائية، فقد تتم إحالة المعلومات المقدمة في طلبك، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والتابعة للولاية الأخرى، وكذلك وكالات التحصيل الخاصة لتحصيل مطالبات المدفوعات الزائدة.

يعد تقديم أي معلومات مطلوبة أمرًا طوعيًا، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة. ومع ذلك، فإن عدم تقديم المعلومات المطلوبة لإثبات استحقاقك للحصول على المساعدة سيؤدي إلى رفض تقديم مزايا المساعدة الغذائية لأسرتك أو تقليلها. سيؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي إلى رفض تقديم إعانات المساعدة الغذائية لكل فرد لا يقدم رقمه. سوف نستخدم أي أرقام مقدمة ونفصح عنها بنفس الطريقة التي نقوم بها مع أرقام الأسرة المستحقة. قد يتم الكشف عن المعلومات التي يتم الحصول عليها من طلب التقديم لمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الفارين من القانون.

سيتعرض أي فرد من أفراد أسرتك يخالف أيًا من القواعد التالية عن قصد لعقوبة:

أرقام الضمان الاجتماعي

يجب عليك تزويد وكالة المقاطعة برقم الضمان الاجتماعي، أو التقدم بطلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي، لكل شخص يتقدم لتلقي المساعدة. قد لا تحتاج إلى تقديم هذه المعلومات في جميع المواقف. جمع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان لكل فرد من أفراد الأسرة، مخصص به بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة 7، U.S. 2011-2036، القسم 1137 (أ) من قانون الضمان الاجتماعي، 42 C.F.R. 435.910 والقواعد 1-1-5101-03 و 5160:1-1-58 و 5101:1-3-09 من القانون الإداري لولاية أوهايو. سيتم استخدام رقم الضمان للتحقق من المعلومات التي قدمتها بالمقارنة بالمعلومات الموجودة في حوزة الوكالات الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية الأخرى؛ وأنظمة مطابقة الكمبيوتر؛ ومراجعات البرامج أو عمليات التدقيق الأخرى للتأكد من أنك مستحق لبرنامج المساعدة العامة. سيتم استخدامه أيضاً للمساعدة في تحديد الاستحقاق لأي برنامج مساعدة حكومي أو فيدرالي آخر يقدم مساعدات أو خدمات نقدية أو عينية للأفراد بشكل مباشر بناءً على حاجتهم أو لغرض حماية الأطفال وذلك إلى الحد الذي يسمح به القانون الفيدرالي. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لرصد الامتثال للوائح البرنامج ولإدارة البرنامج. سوف يُستخدم رقم الضمان الاجتماعي عند الاتصال بالأشخاص أو الوكالات المختصة لتحديد استحقاقك والتحقق من المعلومات التي قدمتها لأي برنامج مساعدة عامة. تشمل هذه البرامج، على سبيل المثال لا الحصر: برنامج أوهايو وركس فيرست و Medicaid والمساعدة الغذائية والبرنامج الوطني للتغذية المدرسية وبرنامج وكالات خدمات الأطفال العامة، وبرنامج الوقاية والإبقاء والطوارئ. يمكن أن تتضمن المعلومات التي نتحقق منها: الدخل أو الوظائف السابقة أو الحالية أو الموارد المالية أو إعانات البطالة أو إعانات الإعاقة أو غيرها من المزايا والبرامج المماثلة. قد تؤثر هذه المعلومات على استحقاق أسرتك ومستوى المزايا. فقد يتم اتخاذ إجراء قانوني ضدك إذا قدمت معلومات خاطئة.

يجب على الأفراد الذين يرغبون في الحصول على برنامج Medicaid تقديم رقم ضمان اجتماعي أو التقدم بطلب للحصول عليه. لا يتعين على الأفراد في نفس المنزل الذين لا يرغبون في تلقي مزايا برنامج Medicaid تقديم رقم ضمانهم الاجتماعي. إذا كنت لا ترغب في تلقي مزايا Medicaid ولكنك قدمت رقم ضمانك الاجتماعي طواعية، فسوف نستخدم رقمك للتحقق من الدخل. يمكن استخدامه أيضاً للاتصال بشركات التأمين الصحي الأخرى لمعرفة مدى توافر تغطية صحية أخرى لك لدفع فواتيرك الطبية أو جزء منها. يجب على كل فرد في أسرتك يرغب في الحصول على المساعدة الغذائية تقديم رقم ضمانه الاجتماعي. سوف نستخدم الأرقام للتحقق من هوية أفراد الأسرة، ومنع تكرار المشاركة في البرامج ولتسهيل التغييرات الجماعية. إذا تقدمت بطلب للحصول على مزايا المساعدة الغذائية أو كنت تحصل عليها بالفعل، وتبين أن عليك مذكرة معلقة أو أنك تنتهك فترة المراقبة أو الإفراج المشروط من خلال قيامنا بمطابقة رقم الضمان الاجتماعي، فقد نبذل وكالات إنفاذ القانون بعنوانك الحالي.

إذا كان أي شخص في أسرتك لا يريد تقديم معلومات حول رقم ضمانه الاجتماعي، فيمكن تصنيف هذا الشخص على أنه من غير مقدمي الطلب. هذا يعني أن هذا الشخص لن يتم اعتباره مقدماً لطلب الحصول على المساعدة ولن يكون مستحقاً للحصول على مزايا المساعدة الغذائية. وعلى الرغم من ذلك، لا يزال يتعين على أفراد الأسرة غير المتقدمين للحصول على المساعدة الإجابة عن الأسئلة التي تؤثر على استحقاق أفراد الأسرة المتقدمين، مثل المعلومات حول الدخل والموارد ووضع الموظف المضرب عن العمل والمخالفات المتعمدة للبرامج. يجب مراعاة دخل وموارد جميع أفراد الأسرة غير المتقدمين عند تحديد استحقاق الأسرة ومستوى المزايا.

يجب على كل شخص في أسرتك يرغب في الحصول على مزايا برنامج أوهايو وركس فيرست تقديم رقم ضمانه الاجتماعي. قد تستخدم وكالات خدمات الأطفال العامة رقم الضمان الاجتماعي أيضاً لتقديم الخدمات لأسرتك وللتحقق من المزايا أو الخدمات المقدمة لكم. إذا تقدمت بطلب للحصول على خدمات أوهايو وركس فيرست أو خدمات برنامج الوقاية والإبقاء والطوارئ أو تلقيتها، وظهر من خلال مطابقة رقم ضمانك الاجتماعي أن عليك مذكرة معلقة لجناية أو أنك تنتهك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط، فقد نبذل وكالات إنفاذ القانون المختصة بعنوانك الحالي. يمكن أيضاً استخدام رقم ضمانك الاجتماعي لأغراض التحقيقات والملاحظات القضائية والإجراءات الجنائية أو المدنية التي تقع ضمن نطاق الواجبات الرسمية لوكالات إنفاذ القانون.

قد يكون بعض أفراد أسرتك غير مستحقين للحصول على المزايا بسبب وضعهم كمهاجرين. ويظل أفراد العائلة الآخرون قادرين على تلقي المزايا في تلك الحالة.

لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي للحصول على المساعدة النقدية والطبية من خلال برنامج إعادة توظيف اللاجئين. قد تطلب منك وكالة المقاطعة تقديم رقم الضمان الاجتماعي، ولكن يجب على الوكالة إخبارك بكيفية استخدامها للرقم. اعلم أن تقديم الرقم أمر طوعي.

الاحتيال

قد تتلقى مساعدة لست مستحقاً لها في حال:

- إذا كنت لا تقول الحقيقة عن نفسك.
- إذا لم تخبر وكالة المقاطعة عن التغييرات التي تؤثر على حالتك، أبلغ عن التغييرات في غضون 10 أيام تقويمية.

إذا حصلت على مساعدة لا يجب أن تحصل عليها:

- قد يُطلب منك سدادها.
- قد يتم ملاحقتك بتهمة الاحتيال.
- قد يتم تغريمك أو إرسالك إلى السجن.
- قد تُمنع من الحصول على المساعدة في المستقبل.

مراقبة الجودة

يتم اختيار حالات عشوائياً في جميع أنحاء الولاية للتأكد من أن الأشخاص مستحقين للحصول على المساعدة التي يتلقونها وأنهم يتلقون المقدار الصحيح منها. ويجب عليك التعاون في حال مراجعة حالتك. إذا رفضت التعاون عند المراجعة، فقد تقطع عنك المزايا.

موارد نافعة

- برامج ODJFS على الرابط: jfs.ohio.gov أو اتصل بالرقم (1-866-635-3748) (1-866-ODJFS4U)
- للتقديم عبر الإنترنت أو للإبلاغ عن تغيير يخص برنامج أو هابو وركس فيرست أو المساعدات الغذائية أو برنامج Medicaid أو جميع ما سبق، تفضل بزيارة الموقع: benefits.ohio.gov
- الخط الساخن لعملاء Medicaid : 1-800-324-8680
- وكالات المقاطعة: jfs.ohio.gov/county
- إدارة الضمان الاجتماعي: ssa.gov أو 1-800-772-1213
- تأمين Medicare: medicare.gov أو 1-800-MEDICARE
- إعانات البطالة: unemployment.ohio.gov أو (OHIOJOB) 1-877-644-6562
- بطاقة Ohio's Best Rx: ohiobestrx.org أو 1-866-923-7879
- التسجيل للتصويت: VoteOhio.gov
- النساء والرضع والأطفال (WIC): odh.ohio.gov/odhprograms/ns/wicn/wic1.aspx أو 644-8006 (614)
- الأطفال ذوو الإعاقات الطبية: 1-800-755-4769 أو odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/children-with-medical-handicaps/welcome-to
- برنامج Help Me Grow: helpmegrow.ohio.gov
- حكومة أو هابو: ohio.gov



Ohio
Department of Medicaid

Mike DeWine, Governor
Maureen Corcoran, Director

Ohio | Department of
Job and Family Services

Mike DeWine, Governor
Matt Damschroder, Director

JFS 07501-ARA (Rev. 5/2022)

تقدم هذه المؤسسات الخدمات وتوفر الفرص على قدم المساواة.
fns.usda.gov/usda-nondiscrimination-statement

مديرية أوهابو للعمل وخدمات الأسرة
قائمة طلب الإثباتات الخاصة بالتقدم بالإلتحاق/إعادة الإلتحاق

| اسم مجموعة الإعانة | تاريخ التقدم بالإلتحاق | رقم الحالة | تاريخ المقابلة/ تاريخ الإخطار الثاني |
|--------------------|------------------------|------------|--------------------------------------|
|--------------------|------------------------|------------|--------------------------------------|

يجب التحقق من بعض عوامل الأهلية قبل أن تتمكن مديرية المقاطعة للعمل وخدمات الأسرة من تحديد أهليتك لـ ستجد علامة أسفله على المستندات التي لازلت بحاجة إلى تقديمها:

| الإثباتات التي لازلت مطلوبة: | الفترة الزمنية: |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> شهادة الميلاد/إثبات الميلاد/إثبات الجنسية | |
| <input type="checkbox"/> (شهادة ميلاد أو جواز سفر أو مستند مشابه) | |
| <input type="checkbox"/> بطاقة التأمين الصحي (نسخة من الأمام والخلف) | |
| <input type="checkbox"/> إثبات الدخل (صك الراتب - سجلات الضرائب - خطابات منح - دعم الطفل) | |
| <input type="checkbox"/> شهادة الزواج | |
| <input type="checkbox"/> النموذج الطبي مستكمل من قبل الطبيب | |
| <input type="checkbox"/> إثبات الحمل (شاملا عدد الأجنة) | |
| <input type="checkbox"/> دليل لأية مصاريف رعاية طفل/معال | |
| <input type="checkbox"/> دليل لأي دعم طفل مدفوع من أجل أطفال لا يعيشون معك | |
| <input type="checkbox"/> دليل لأي مصاريف طبية لأشخاص من ذوي الإعاقة أو أي أشخاص ممكن يبلغون من العمر 60 | |
| <input type="checkbox"/> عاما فأكثر (شاملا الوصفات الطبية) | |
| <input type="checkbox"/> إثبات هوية (رخصة قيادة- بطاقة هوية صادرة من الولاية - جواز سفر) | |
| <input type="checkbox"/> إثبات للقيمة الحالية للأسهم/السندات وشهادات الإيداع والتأمين الصحي والودائع والمستحقات السنوية | |
| <input type="checkbox"/> الكشوفات الحديثة لأي حسابات بنكية (الجارية - الاتحاد المصرفي - التوفير) | |
| <input type="checkbox"/> إيصالات الإيجار/الأقساط | |
| <input type="checkbox"/> الحقوق والمسؤوليات | |
| <input type="checkbox"/> إثبات حضور المدرسة | |
| <input type="checkbox"/> بطاقات الإنتمان الإجتماعي (أو الإثبات إنك تقدم بطلب لإلتحاق) لما يلي: | |
| <input type="checkbox"/> ملكية السيارات | |
| <input type="checkbox"/> إثبات إعانة البطالة/ تعويض العامل | |
| <input type="checkbox"/> إيصالات المرافق أو نسخة من الفواتير | |
| <input type="checkbox"/> أخرى، حدد: | |

إذا كنت غير قادرا على الحصول على أية إثباتات، قد نتمكن من مساعدتك. رجاء الاتصال مباشرة إذا تعذر عليك الحصول على الإثباتات.

يجب الحصول على الإثباتات المدرجة أعلاه بتاريخ إذا كنت لا تملك المعلومات أو الإثباتات المطلوبة في هذا التاريخ ، قد يتم رفض طلبك أو قد تتوقف المنافع التي تحصل عليها حاليا.

يتم إرجاع جميع الإثباتات إلى :

| العنوان | | |
|-------------------|---------|---------------|
| المدينة | الولاية | الرمز البريدي |
| البريد الإلكتروني | | رقم الفاكس |

| اسم موظف المتابع للحالة | التاريخ | الحي | رقم الهاتف |
|-------------------------|---------|------|------------|
|-------------------------|---------|------|------------|

يحضر على هذه المؤسسة ان تميز على اساس العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، أو المعتقدات السياسية.

كذلك تمنع وزارة الزراعة الامريكية التمييز على أساس العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج أو نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA.

يتوجب على الاشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلا، لغة بريل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي، لغة الاشارات الامريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث قدّموا للحصول على المنافع. يمكن للاشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية على هاتف 877-8339 (800). إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً [طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA](#)، المرقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معنونة الى الـ USDA وزود في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف 632-9992 (866). قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الامريكية

مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) بالفاكس: على هاتف 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الالكتروني: program.intake@usda.gov

لأي معلومات أخرى تتعامل مع قضايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (سناپ)، يتوجب على الاشخاص إما الاتصال بخط هاتف USDA SNAP الساخن للاتصالات الفورية على هاتف 221-5689 (800)، والذي يجيب كذلك بالإسباني، أو الاتصال [بخطوط هواتف معلومات الولاية الساخنة State Information/Hotline Numbers](#) (أنقروا على الرابط لرؤية قائمة من الخطوط الساخنة من الولاية)؛ توجد على الانترنت على: [SNAP Hotline](#).

لغرض رفع شكوى ضد التمييز تخص برنامج يتلقى مساعدة مالية فدرالية عبر دائرة الخدمات الانسانية والصحية الامريكية (HHS)، عنوانوا الشكوى الى: مدير الـ HHS، مكتب الحقوق المدنية، غرفة رقم 515-F، 200 إندبندنس أفنيو، شمال غرب، واشنطن، مقاطعة كولومبيا 20201

[HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201]

او اتصلوا على هاتف 619-0403 (202) (صوت) أو 537-7697 (800) للمعوقين سمعا.

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص

مديرية أوهايو للعمل وخدمات الأسرة
الإبلاغ عن تغير في إعانة الغذاء

| To be Completed by Caseworker (يملأها الموظف المسؤول عن الحالة) | | |
|---|------------|--------------|
| Assistance Group Number (رقم مجموعة الإعانة) | | Name (الاسم) |
| عنوان الإرجاع إلى المقاطعة | | تاريخ التلقي |
| البريد الإلكتروني لخدمات الأسر والوظائف (JFS) في المقاطعة | رقم الفاكس | رقم الهاتف |

إذا كنت تحصل على إعانة غذاء يجب الإبلاغ إذا كان:

إذا كنت أنت أو أحد أفراد مجموعة المساعدة الخاصة بك من البالغين أقوياء البنية ويعملون ولا يوجد لديهم من يعولونهم، يجب أن تبلغ عما إذا كانت ساعات العمل الخاصة بهم أقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر في المتوسط. إجمالي دخلك الشهري يتعدى حد إجمالي الدخل الشهري لعدد أفراد مجموعة الإعانة التابعة لك. انظر الجدول أسفله.

| جدول مرجعي لحد إجمالي الدخل الشهري الخاص بإعانة الغذاء لعام 2023 (ساري من أكتوبر 2022) | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 130%*FPG | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1473 دولارًا | 1984 دولارًا | 2495 دولارًا | 3007 دولارًا | 3518 دولارًا | 4029 دولارًا | 4541 دولارًا | 5052 دولارًا | 5564 دولارًا | 6067 دولارًا |

*حد الفقر تبعاً للقانون الفيدرالي

يعني إجمالي الدخل الشهري مبلغ الدخل كاملاً قبل الضرائب (أي الأجر وإعانة الطفل والضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) وإعانة البطالة والدخل السنوي ونفقة المعاش ونفقة التقاعد ومعونات المحاربين القدامى أو المعاقين) التي تتسملها مجموعة الإعانة التابعة لك قبل أية ضرائب أو حسومات. يلزمك الإبلاغ عندما ترحب أنت أو أحد أفراد عائلتك بمبلغ 4250 دولار أمريكي أو أكثر (قبل الاستقطاعات) من أرباح اليناصيب أو المقامرة. في أوهايو، أرباح اليناصيب أو المقامرة هي مدفوعات نقدية يتم كسبها في لعبة واحدة وقد تشمل على سبيل المثال لا الحصر، مدفوعات من التالى: الكازينوهات، والراسينوهات، وماكينات القمار، والبوكر، والكينو، وأشكال المقامرة الأخرى. لا يحق لأي أسرة المشاركة في برنامج SNAP عندما يربح فرد من أفراد العائلة مبلغًا كبيرًا من اليناصيب أو المقامرة. تظل الأسرة غير مؤهلة إلى أن تفي بمتطلبات الأهلية المسموح بها في الدخل والموارد.

لا يلزمك الإبلاغ عن أية تغيرات أخرى في إعانة الغذاء حتى تتلقى تقريرك المرحلي أو عند إعادة تأهيلك. ولا يغير ذلك متطلبات الإبلاغ الخاصة بك لأية برامج أخرى. إذا كانت تحتوي مجموعة الإعانة التابعة لك على شخص مسن أو معاق وكنت أساساً أعلى من حد إجمالي الدخل الشهري المدرج أعلاه ستحتاج فقط للإبلاغ عن تغيرات الدخل الخاص بك.

تذكر: إذا تغير عنوانك، إخطر الموظف المسؤول عن حالتك على الفور. إذا لم يكن العنوان الصحيح الخاص بك بحوزة الموظف المسؤول عن حالتك، لن تتلقى المعلومات اللازمة لمتابعة تلقي إعانتك.

تحقق من إجمالي دخلك الشهري
بنهاية كل شهر

| الدخل غير المكتسب (أي الضمان الاجتماعي التكميلي - الضمان الاجتماعي - إعانة الطفل) | | الدخل المكتسب (أي من وظيفة أو عمل حر) | |
|---|----|---------------------------------------|----|
| الإسبوع الأول | \$ | الإسبوع الأول | \$ |
| الإسبوع الثاني | \$ | الإسبوع الثاني | \$ |
| الإسبوع الثالث | \$ | الإسبوع الثالث | \$ |
| الإسبوع الرابع | \$ | الإسبوع الرابع | \$ |
| الإسبوع الخامس | \$ | الإسبوع الخامس | \$ |
| المجموع: | \$ | المجموع: | \$ |

أضف مجموع مبلغ الدخل المكتسب وغير المكتسب

مجموع المكتسب:

مجموع غير المكتسب:

مجموع إجمالي الدخل الشهري:

يجب أن يتم ذكر التغيرات في حالة توظيف البالغين أقوياء البنية والذين لا يوجد لديهم من يعولونهم ودخلهم الإجمالي الشهري في الصفحة الثانية من هذا النموذج.

إذا كان لديك أية أسئلة، رجاء الاتصال بالموظف المسؤول عن حالتك

قم بإعادة هذه الصفحة إلى أخصائي الحالة الذي يعمل معك للإبلاغ عن وجود أي تغييرات.

هل يتجاوز الدخل المنزلي لك الحد الإجمالي للدخل الشهري؟ ☐ نعم ☐ لا

ما هو إجمالي الدخل الشهري الحالي لك؟ دولار أمريكي

هل ربح أنت أو فرد من أفراد عائلتك مبلغ 4250 دولار أمريكي أو أكثر، دفعة واحدة (قبل الاستقطاعات) في أرباح اليناصيب أو المقامرة؟ ☐ نعم ☐ لا

البالغون أقوياء البنية والذين لا يوجد لديهم من يعولونهم: هل انخفضت عدد ساعات العمل الأسبوعية لك إلى ما هو أقل من 20 ساعة في الأسبوع؟ ☐ نعم ☐ لا

هل سيتجاوز التغيير (التغييرات) المذكورة شهر التقرير؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا أجبت بلا، إشرح في هذه المساحة:

تذكر:

إذا كان لديك إثبات لمبلغ الدخل الجديد، رجاء أرسل نسخ من صك الراتب أو خطابات المنح أو خطاب من الجهة الموظفة أو أمر دعم من المحكمة، وخلافه إلى الموظف المسؤول عن حالتك.

للحصول على حسم للمصروفات التالية يجب الإبلاغ عنها للموظف المسؤول عن حالتك مع إرفاق إثبات دفع إيجار أو أقساط وتكاليف المرافق و/أو أية تكاليف متعلقة بالمأوى والمصاريف الطبية ومصاريف دعم الطفل المصروفة بموجب القانون إلى فرد لا يتبع لأسرتك. قد يعد الإخفاق في الإبلاغ عن أي من المصاريف المدرجة أعلاه أو إثباتها تصريحاً من أسرتك أنك لا تود الحصول على حسم عن هذا الإنفاق.

رجاء قراءة تحذير العقوبة أسفله قبل توقيع وتاريخ وإرجاع هذا النموذج.

تحذير بالعقوبة

يقوم موظفون فيدراليون ومن الولاية ومحليون بالتحقق من المعلومات المقدمة في هذا النموذج. إذا تم العثور على أية معلومة غير دقيقة، قد يتم إلغاء قسائم إعانة الغذاء و/أو قد تتعرض إلى الملاحقة القضائية بشأن فعل إجرامي بتقديمك معلومة خاطئة عن علم. إذا كانت مجموعتك للإعانة تحصل على قسائم إعانة الغذاء، يجب أن تتبع القواعد المدرجة أسفله. أي من أفراد مجموعتك للإعانة يقوم بخرق هذه القواعد عمداً يمكن شطبه من برنامج إعانة الغذاء لمدة 12 شهراً للانتهاك الأول و 24 شهراً للانتهاك الثاني ونهائياً للانتهاك الثالث أو يعاقب بغرامة قدرها 250,000 دولار أو يسجن لمدة 20 عاماً أو كلاهما ويكون عرضة للملاحقة القضائية بموجب القوانين الفيدرالية السارية الأخرى. وقد تقوم محكمة بشطبك من برنامج إعانة الغذاء لمدة 18 شهراً إضافية.

يتم شطب أي فرداً يثبت إدانته بالاتجار في إعانة الغذاء بموجب محكمة فيدرالية أو محكمة الولاية أو محكمة محلية لمدة 24 شهراً للجنة الأولى ونهائياً للجنة الثانية شاملاً بيع المواد المحظورة في مقابل قسائم إعانة الغذاء وشطبه بشكل نهائي للجنة الأولى إذا كان شاملاً لبيع أسلحة أو ذخيرة أو متفجرات في مقابل قسائم إعانة الغذاء أو الاتجار بقسائم إعانة الغذاء في مقابل 500 دولار أو أكثر. يمكن شطب شخصاً من برنامج إعانة الغذاء لمدة 10 سنوات إذا ثبت إنه قام بتصريح خاطئ أو قدم معلومات خاطئة على علم منه فيما يتعلق بالهوية أو الإقامة بغرض الحصول على أكثر من إعانة في الوقت ذاته.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تحجب معلومات بغرض الاستمرار في الحصول على قسائم إعانة الغذاء.
- لا تعطي أو تقوم بمقايمة أو بيع قسائم إعانة الغذاء أو بطاقات التصريح أو أي وثائق تصريح.
- لا تغير بطاقات التصريح أو أي وثائق تصريح للحصول على قسائم إعانة غذاء لست أهلاً للحصول عليها.
- لا تستخدم قسائم إعانة الغذاء لشراء سلع غير مصرح بها مثل المشروبات الكحولية أو التبغ أو المنتجات الورقية أو غذاء الحيوانات المنزلية أو الصابون أو منتجات التنظيف الأخرى.
- لا تستخدم قسائم إعانة الغذاء الخاصة بشخص آخر من أجل مجموعة الإعانة التابعة لك.

توقيعك:

أفهم العقوبة الناجمة عن حجب معلومة كما اتفهم إنه سيتوجب علي الدفع لأي قسائم إعانة غذاء تلقيتها بسبب عدم الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة كاملة للموظف المسؤول عن حالتي. أوافق على إثبات التغييرات التي أبلغ عنها إذا طلب مني. إن إجاباتي على هذا النموذج صحيحة وكاملة إلى حد علمي.

| | | |
|------------|---------|--------|
| رقم الهاتف | التاريخ | توقيعك |
|------------|---------|--------|

وفقا لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المدير لـ، برامج الـ USDA ان تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج او نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA.

يتوجب على الاشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلا، لغة بريل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث قدموا للحصول على المنافع. يمكن للاشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية Federal Relay Service على هاتف 877-8339 (800). إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملأ طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA، طلب رقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](https://www.usda.gov/how-to-file-a-complaint) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معنونة الى الـ USDA وزود الرسالة بجميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف 632-9992 (866). قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية

مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) بالفاكس على هاتف 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الالكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة توفّر التكافؤ في الفرص

تركنا هذه الصفحة فارغة عن قصد.

إخطار إلى الأفراد المتقدمين بطلب للحصول على إعانة برنامج أوهايو ووركس فيرست (OHIO WORKS FIRST) أو المشاركين فيه بخصوص التعاون مع وكالة تطبيق دعم الأطفال (CSEA)

يطلب منك، كشرط لأهليتك لبرنامج أوهايو ووركس فيرست (OWF)، التعاون مع وكالة تطبيق دعم الأطفال (CSEA) في إثبات الأبوة أو تأمين الدعم من الوالد المتغيب.

فوائد المشاركة

تعاونك مع CSEA قد يؤدي إلى تحقيق الفوائد التالية لطفلك:

- العثور على الوالد المتغيب.
- إثبات الأبوة لطفلك بصورة قانونية.
- الحصول على أمر قضائي يدعم الطفل.
- تنفيذ الأمر القاضي الخاص بدعم الطفل.
- احتمال زيادة مدفوعات الدعم عن منحة المساعدة العامة.
- احتمال حصول طفلك (أطفالك) على حقوق الضمان الاجتماعي أو إعانات المحاربين القدامى أو إعانات أخرى في المستقبل.

ماذا يعني التعاون؟

بالتعاون مع CSEA، قد يطلب منك القيام بأمر واحد أو أكثر من الأمور التالية:

- تحديد اسم والد أي طفل يتقدم بطلب للحصول على إعانة برنامج أوهايو ووركس فيرست (OWF) أو مشارك في البرنامج؛
- تقديم المعلومات التي تمتلكها للمساعدة في تحديد مكان الوالد المتغيب؛
- المساعدة في تحديد الوالد بصورة قانونية؛
- المساعدة في الحصول على مدفوعات الدعم المستحقة لك أو لطفلك؛
- الحضور إلى CSEA أو إلى المحكمة، عند الحاجة، لتقديم معلومات عن والد طفلك.

التعاون في دعم الأطفال هو شرط في عقد الاكتفاء الذاتي. إذا قصرت أو رفضت أنت أو أي فرد من أفراد مجموعة المساعدة الخاصة بك في التعاون مع CSEA، فسوف تخضع إلى معيار العقوبة التالي:

- عند التقصير أو الرفض في المرة الأولى، سوف نقوم بإنهاء إعانة برنامج أوهايو ووركس فيرست (OWF) الخاصة بك لمدة شهر واحد؛
- عند التقصير أو الرفض في المرة الثانية، سوف نقوم بإنهاء إعانة برنامج أوهايو ووركس فيرست (OWF) الخاصة بك لمدة ثلاثة أشهر؛
- عند التقصير للمرة الثالثة أو مرات لاحقة بعد ذلك سوف نقوم بإنهاء إعانة برنامج OWF الخاصة بك لمدة ستة أشهر.

هل لديك سبب وجيه لعدم التعاون؟

إذا كان التعاون مع CSEA لن يكون في صالح الطفل أو سيصعب الأمر عليك أو على الطفل في الهروب من العنف الأسري، فإنه يحق لك طلب إعفاء لسبب مقنع. إذا تم منحك الإعفاء لسبب مقنع، فإنه لن يتعين عليك التعاون مع CSEA.

أسباب طلب "الإعفاء لسبب مقنع"

يمكنك طلب الإعفاء لسبب مقنع من شرط التعاون في الحالات التالية:

- إذا كنت أنت أو طفلك تخضعان للعنف الأسري ولن يكون التعاون في صالح الطفل أو سيصعب من الأمر عليك أو على الطفل في الهروب من العنف الأسري؛
- إذا كانت دعاوى التبنّي القانوني للطفل معلقة أمام المحكمة وكان التعاون لا يصب في صالح الطفل؛
- إذا كان يتم النظر في تبني الطفل وكان التعاون لا يصب في صالح الطفل؛ أو
- إذا كانت الطفلة حاملاً بسبب زنى المحارم أو الاغتصاب ولن يكون التعاون في صالح الطفلة.

التوثيق الكتابي

تقع عليك المسؤولية في تقديم التوثيق الكتابي إلى CSEA خلال 45 يوماً من طلب الإعفاء لسبب مقنع حتى تتمكن CSEA من تحديد ما إذا كان لديك سبب مقنع لرفض التعاون أم لا.

التوثيق الكتابي يكون مقبولاً عند صدوره من أي من الجهات التالية:

- المحكمة أو الشرطة أو أي كيان حكومي آخر أو من أخصائي في ملجأ أو أخصائي قانوني أو ديني أو طبي أو أي أخصائي آخر قمت بطلب المساعدة منه في التعامل مع العنف الأسري أو CDJFS أو أي شخص لديه معرفة بالعنف الأسري، إذا كان سببك في طلب الإعفاء لسبب مقنع هو العنف الأسري.
- محكمة أو محام أو وكالة خدمات حماية الأطفال أو وكالة خدمات اجتماعية تحدد أن دعاوى التبني القانونية للطفل معلقة أمام المحكمة، أو إذا كان يتم النظر في تبني الطفل وكان التعاون لا يصب في صالح الطفل.
- أخصائي طبي أو وكالة لإنفاذ القانون أو وكالة سجل الأحوال المدنية التي تتحقق من أن الطفلة حملت بسبب زنى المحارم أو الاغتصاب ولن يكون التعاون في صالح الطفلة.

إذا كان السبب الخاص بك لطلب الإعفاء لسبب مقنع هو أنك أو الطفل تخضعان للعنف الأسري ولا يمكنك الحصول على توثيق كتابي، فستقبل CSEA بياناً كتابياً منك.

يرجى تحديد ما ينطبق عليك أدناه.

☐ لقد قرأت، أو قرئ لي، وأنا أفهم البيان المتعلق بحقي في المطالبة بسبب مقنع لرفض التعاون مع CSEA.

☐ أُرغب في طلب الإعفاء لسبب مقنع من CSEA.

| | |
|--|----------------------|
| الاسم بالكامل مطبوعاً للشخص الذي يطلب الإعفاء لسبب مقنع | القضية/الفئة/التسلسل |
| توقيع المتقدم بالطلب/المستلم | التاريخ |
| توقيع الموظف | التاريخ |
| هل ترغب في أن نرسل إليك جميع الخطابات والمراسلات المتعلقة بالعنف الاجتماعي إلى عنوان مختلف أو الاتصال بك على رقم هاتف مختلف لسلامتك؟ | |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| إذا كنت ترغب في ذلك، فيرجى كتابة العنوان الذي نرسل إليه المعلومات المتعلقة بطلبك للإعفاء بسبب العنف الأسري أدناه. | |
| العنوان البديل | |
| عنوان الشارع | |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي | |
| رقم الهاتف البديل (يشمل رمز المنطقة) | |