

## طلب للانضمام إلى برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، أو المساعدة النقدية، أو المساعدة الطبية، أو مساعدة رعاية الأطفال

### ماذا أفعل إذا احتجت لمساعدة لاستكمال هذا النموذج؟

- إن لم تكن الإنجليزية هي لغتك الرئيسية، فعليك أن تطلب من إدارة خدمات الوظائف والأسر بالمقاطعة (إدارة JFS بالمقاطعة) توفير شخص (مترجم) يمكنه مساعدتك على فهم الأسئلة الواردة في هذا النموذج.
- إن كنت تعاني من إعاقة سمعية أو بصرية، فسوف تساعدك إدارة JFS بالمقاطعة على استكمال هذا النموذج وفي المقابلة.

### كيف أحصل على المساعدة؟

**1. تقديم طلب.** بإمكانك التقدم عبر الإنترنت على الموقع <https://ssp.benefits.ohio.gov> أو املأ هذا الطلب الورقي. قم بتقديم الطلب الورقي إلى دائرة خدمات الوظائف والأسر في مقاطعتك. للبحث عن مكتب المقاطعة، انتقل إلى [http://ifs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://ifs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

**2. إجراء مقابلة.** لن تُحدد لك مقابلة مقابلة إلا إذا تقدمت للانضمام إلى برنامج SNAP أو للحصول على المساعدات النقدية. سنتلقى إخطارًا بتاريخ ووقت المقابلة. ليس هناك حاجة إلى إجراء مقابلة للحصول على المساعدة الطبية أو رعاية الطفل.

**3. تقديم الإثباتات.** سوف تبلغك إدارة JFS في مقاطعتك بالإثباتات المطلوبة منك.

### يرجى قراءة ما يلي لمزيد من المعلومات عن عملية التقديم.

### كيف يمكنني استكمال هذا الطلب؟

- في السؤال رقم 2 في الطلب، حدد المربع الذي يشير إلى البرامج التي تود التقدم لها. ويمكنك اختيار جميع المربعات.
- أجب عن أكبر عدد ممكن من الأسئلة في الطلب. يمكنك فقط ملء البيانات الخاصة باسمك، وعنوانك وتوقيعك وتسليم الطلب إلى إدارة JFS بمقاطعتك. وبذلك تبدأ عملية تقديم الطلب.

إن كنت تحتاج الانضمام إلى برنامج SNAP في الحال، أجب على الأسئلة في الجزء 7 من الطلب. قد تتأهل للحصول للانضمام إلى برنامج SNAP بشكل أسرع.

- يحق لك طلب المساعدة في اليوم الذي تتصل فيه بالإدارة المحلية لخدمات الوظائف والأسر في مقاطعتك.
- يمكنك اختيار شخص ليقدم بالطلب نيابة عنك. ويسمى هذا الشخص الممثل المفوض. ولا بد أن تخبرنا كتابيًا بالشخص الذي تريده أن يكون ممثلًا مفوضًا عنك. إذا كنت أنت الممثل المفوض، فأجب على الأسئلة الواردة في هذا الطلب والمتعلقة بالشخص الذي تتقدم له.
- في حال تغير أية معلومات بعد تقديمك لهذا الطلب، اتصل بإدارة JFS المحلية بمقاطعتك لتطلعهم على تلك التغييرات.

كيف أجري مقابلة للانضمام إلى SNAP أو للحصول على المساعدة النقدية؟ لن تحتاج إلى إجراء مقابلة للحصول على المساعدة الطبية أو مساعدة رعاية طفل.

- سوف تعطيك إدارة JFS المحلية بمقاطعتك إخطارًا بتاريخ ووقت المقابلة الخاصة بك. سيتم إجراء المقابلة هاتفياً. إذا رغبت في إجراء مقابلة شخصية، أو احتجت إلى زيارة منزلية لإجراء المقابلة، فعليك الاتصال بإدارة JFS بمقاطعتك وإخبارهم بذلك.
  - يُرجى قراءة إخطار المقابلة بعناية، لأنه يوضح لك إن كان عليك الاتصال بإدارة JFS بمقاطعتك، أم أنهم هم الذين سوف يتصلون بك.
  - إذا فاتتك المقابلة، فاتصل بإدارة JFS في المقاطعة في أقرب وقت ممكن. إذا لم تتصل بإدارة JFS في المقاطعة خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم هذا الطلب، فقد نرفض المساعدة التي تقدمت للحصول عليها وسيتم عليك التقديم مرة أخرى.
  - لرعاية الأطفال فقط: إذا رفضنا طلبك، فقد تتحمل مسؤولية دفع التكاليف المستحقة لأي موفر رعاية طفل قد استعنت به منذ أن تقدمت بطلبك.
- يُرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة في سجلاتك. -

- سنحيطك علمًا إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات. وسوف نرسل لك إخطارًا بالبريد. وسيطلبك الإخطار عما تحتاجه لكي تتقدم إلى إدارة JFS بمقاطعتك. قد نطلب منك بعض الأشياء مثل إيصالات الدفع، أو فواتير الخدمات، أو كشوفات حسابات بنكية. راجع الجدول التالي. يمكنك تقديم الإثباتات مع هذا الطلب.
- تأكد من تقديم أية معلومات مطلوبة بحلول موعدها. قد نرفض طلبك إذا لم تقدم كل المعلومات التي نطلبها منك.
- إن لم تتوفر لديك بعض المعلومات التي نطلبها، اتصل بإدارة JFS بمقاطعتك. قد يمكننا مساعدتك في الحصول عليها أو نخبرك بطريقة أخرى لإمدادنا بالمعلومات المطلوبة.
- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا، وتتقدم فقط للحصول على مساعدة للمواطنين الأمريكيين أو مساعدة طبية طارئة، فلن تحتاج إلى إثبات حالة الجنسية، أو وضع الهجرة، أو تقديم رقم الضمان الاجتماعي.

وفيما يلي بعض الإثباتات التي قد نطلبها منك:

المساعدة النقدية	SNAP	رعاية الأطفال النقدية	المساعدة الطبية الأسر والأطفال	المساعدة الطبية مسن، أو أعمى، أو معاق
رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو ما يثبت بأنك تقدمت للحصول عليه.	✓		✓	✓
بطاقة إقامة دائمة ("البطاقة الخضراء") أو وثائق الهجرة الأخرى إن لم تكن مواطنًا أمريكيًا	✓		✓	✓
إثبات الجنسية الأمريكية*	✓	✓	✓	✓
إثبات الدخل أو أية أموال تحصل عليها أسرتك (مثل إيصالات الرواتب، سجلات الضرائب، خطابات المنح، دعم الأطفال)	✓	✓	✓	✓
أحدث الكشوفات لأية حسابات بنكية (مثل الشيكات، أو المدخرات)	✓			✓
إثبات ملكية المركبات (كالسيارات، الشاحنات، الدراجات النارية، القوارب، المركبات الترفيهية)				✓
إثباتات القيمة الحالية للأسهم/ السندات وشهادات الإيداع وبوالص التأمين على الحياة والصناديق والمعاشات	✓			✓
إثبات الهوية (مثل رخصة القيادة، أو بطاقة الهوية أو جواز السفر)	✓			✓
إثبات لأي تكاليف رعاية طفل/معال	*		✓	✓
إثبات لأي إعانة طفل تُدفع لأطفال لا يعيشون معك	*	✓	✓	✓
إثبات لأي تكاليف سكن ومرافق	*			✓
إثبات لأي تكاليف طبية لأشخاص ذوي إعاقة أو لأشخاص تزيد أعمارهم عن 60 عامًا (بما في ذلك الوصفات الطبية)	*			✓
إثبات لأي تأمين صحي			✓	✓
إثبات نشاط تأهيلي لجميع أولياء الأمور في الأسرة (مثل جدول مدرسي أو جدول عمل، أو عقد اكتفاء ذاتي)		✓		
اسم وعنوان مقدم رعاية أطفال مؤهل لكل طفل يحتاج إلى الرعاية.		✓		

\* عند التقدم لمساعدة رعاية طفل، يتم إثبات فقط جنسية الطفل الذي بحاجة إلى الرعاية.

\* يمكن زيادة مبلغ برنامج SNAP الخاص بك إذا تمكنت من إثبات هذه التكاليف.

**المساعدة النقدية، ومزايا برنامج SNAP ورعاية الطفل:** سنحدد مدى أهليتك لهذه البرامج خلال 30 يومًا من تاريخ تقديمك للطلب. إذا كنت مؤهلاً، فقد نعتد الإعانات الخاصة بك من تاريخ تقديم الطلب.

**المساعدة الطبية:** سنحدد مدى أهليتك للمساعدة الطبية خلال 45 يومًا من تاريخ تقديمك للطلب. إذا كنت تدعي الإعاقة، فقد يستلزم الأمر قيامنا بإجراء فحص للإعاقة. وقد تستغرق هذه العملية حتى 90 يومًا. إذا كنت مؤهلاً، فقد نعتد المساعدة الطبية الخاصة بك من تاريخ تقديم الطلب. إن كان لديك فواتير طبية منذ 3 أشهر من تاريخ تقديمك بالطلب، فيرجى إبلاغ إدارة JFS بمقاطعتك بذلك. قد تتمكن من الحصول على المساعدة الطبية عن هذه الأشهر الثلاثة.

**هل لابد أن أكون مواطنًا أمريكيًا للحصول على المساعدة؟**

يمكن للكثيرين ممن لا يحملون الجنسية الأمريكية الانضمام إلى برنامج SNAP، والحصول على المساعدة النقدية، والمساعدة الطبية ومساعدة رعاية الطفل. أيضًا، قد تتوفر مساعدة طبية طارئة دون النظر إلى حالة الجنسية الأمريكية.

**ما هي الخدمات الأخرى المتاحة؟**

**قد تكون مؤهلاً لتلقي خدمات أخرى ومنها:**

- خدمات الوقاية، والحماية، والطوارئ (PRC)
- خدمات التدخل المبكر
- مهارات العمل
- المساعدة في الحصول على وظيفة

وقد تتطلب هذه الخدمات طلبًا مستقلًا. استفسر من إدارة JFS بمقاطعتك عن هذه الخدمات.

**ما هو نظام الإعداد للجودة (Step Up To Quality)؟**

الإعداد للجودة هو نظام لتصنيف جودة برامج رعاية الأطفال بولاية أوهايو. يتم منح تصنيف بالنجوم حسب تطبيق البرامج لمعايير تزيد عن الحد الأدنى لمعايير الصحة والسلامة. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لرعاية الأطفال التابع لدائرة ODJFS <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> وانقر فوق "Step Up To Quality".

**كيف أختار مقدم رعاية الأطفال؟**

- يجوز لأولياء الأمور اختيار أي برنامج معتمد لتقديم رعاية الأطفال الممولة من القطاع العام. وتشمل هذه البرامج، المراكز، والمنازل الأسرية لرعاية الأطفال، ومعسكرات اليوم الواحد المعتمدة، ووسائل المساعدة داخل المنزل المنتشرة في أنحاء ولاية أوهايو.
- إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة فيما يتعلق باختيار مقدم رعاية، يمكنك الاتصال بهيئة الموارد والإحالة المحلية الخاصة برعاية الأطفال. تفضل بزيارة <http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm> للحصول على معلومات الاتصال.
- يجوز لك استخدام دليل رعاية الأطفال في البحث عن برامج تناسب احتياجاتك من خدمات رعاية الأطفال على <http://childcaresearch.ohio.gov>. يتيح لك الدليل البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، ودرجة الاستعداد للجودة. وتتوفر معاينات الترخيص والشكاوى الموثقة للاطلاع عليها.

**ماذا إذا كان طفلي يعاني من إعاقة أو إذا كنت أشك في أنه قد يكون مصابًا بتأخر النمو؟**

للمعلومات عن الخدمات الإضافية لطفلك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة أوهايو لرعاية الأطفال لخدمات الوظائف والأسر <http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm> والضغط على عنوان الأسر "Families". إن كان لديك طفل بحاجة إلى رعاية احتياجات خاصة يمكنك إثباتها، فقد تكون تحصل على دخل شهري مرتفع وتكون مع ذلك مؤهلاً لرعاية الطفل. اسأل إدارة JFS بمقاطعتك.

**كيف يمكنني التقدم بشكوى بشأن موفر رعاية الطفل؟**

إذا رغبت في التقدم بشكوى عن انتهاك متوقع لقواعد الترخيص، فيمكنك الاتصال بمكتب الدعم الفني لشرطة رعاية الطفل على الرقم 1-877-302-2347، الخيار 4.

-- يُرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة في سجلاتك. -

-- تُركت هذه الصفحة فارغة عن قصد. -

**طلب الانضمام إلى برنامج SNAP، أو الحصول على المساعدة النقدية، أو المساعدة الطبية أو رعاية الطفل**

**1. مرفق طلب تسجيل الناخبين- المساعدة متوفرة**

إذا لم تكن مسجلاً للمشاركة في التصويت بالمنطقة التي تعيش فيها الآن، فهل تود التقدم بطلب للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

☐ نعم، أود التسجيل للتصويت. ☐ لا، لا أود التسجيل للتصويت.

إذا لم تختَر أيًا من المربعين، فسنعتبر أنك قد قررت عدم التسجيل من أجل التصويت حاليًا. لن يؤثر التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الجهة.

**2. حدد المربع الخاص بكل برنامج ترغب في التقدم إليه. إذا لم تحدد أي مربع، سنراجع أهليتك للانضمام إلى برنامج SNAP فقط.**

<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> المساعدة الطبية	<input type="checkbox"/> مساعدة رعاية الطفل	<input type="checkbox"/> المساعدة النقدية للأسر التي بها طفل (أطفال) قاصر أو نساء مرّ على حملهن 6 أشهر على الأقل؛ أو اللاجنين خلال 12 أشهر من وصولهم
-------------------------------	--	---	--

**3. أطلعنا عن صفتك فإذا كنت ممثلًا مفوضًا، فعليك إدخال معلومات عن الشخص الذي تتقدم نيابة عنه.**

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
-------------	-----------------------------

الاسم الأخير

هل تحتاج إلى أي من الخدمات التالية؟	ما هي لغتك المفضلة؟
<input type="checkbox"/> إشعارات بحروف كبيرة <input type="checkbox"/> مترجم لغة إشارات <input type="checkbox"/> مترجم فوري <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	التحدث: _____ الكتابة: _____

هل سبق لك وأن حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على مزايا برنامج SNAP، أو مساعدة طبية، أو مساعدة رعاية أطفال؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن \_\_\_\_\_ أين (المدينة/ المقاطعة/ الولاية): \_\_\_\_\_

**4. أخبرنا عن كيفية الوصول إليك. إذا كنت ممثلًا مفوضًا، فعليك إدخال معلومات عن الشخص الذي تتقدم نيابة عنه.**

عنوان المنزل	<input type="checkbox"/> حدد هنا إن لم يكن لديك بيت- برجاء إخبارنا بعنوان يمكنك من خلاله تلقي البريد.
--------------	---

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف ( )	رقم هاتف إضافي ( )	عنوان البريد الإلكتروني	

عنوان يمكنك تلقي البريد عليه (إن كان مختلفًا):

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
---------	----------	---------	---------------

**5. أخبرنا إذا كنت ممثلًا مفوضًا**

الممثل المفوض هو شخص يساعد مقدم الطلب في عملية التقديم. إذا كنت تقوم بتعبئة هذا النموذج بصفتك ممثلًا مفوضًا، فيرجى إمدادنا بالمعلومات التالية عن نفسك. برجاء تقديم وثيقة تفويضك مع هذا الطلب. لن يتم إدراجك كممثل مفوض ما لم يتم تقديم الوثيقة.

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير
-------------	-----------------------------	--------------

عنوان الشارع

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف ( )	رقم هاتف إضافي ( )	عنوان البريد الإلكتروني	

هل يحتاج الممثل المفوض أي من الخدمات التالية؟	ما هي لغتك المفضلة؟
<input type="checkbox"/> إشعارات بحروف كبيرة	التحدث: _____
<input type="checkbox"/> مترجم لغة إشارات	الكتابة: _____
<input type="checkbox"/> مترجم فوري	غير ذلك: _____

6. وقع هنا		
توقيع المتقدم بالطلب أو الممثل المفوض	الاسم بحروف مطبوعة	التاريخ

أخبرنا عن البرنامج (البرامج) الذي تتقدم إليه في السؤال 2

7. ستساعدنا هذه الأسئلة على تحديد إمكانية الحصول على مزايا برنامج SNAP بشكل أسرع.

كم عدد الأشخاص الذين يعيشون معك ويشتررون ويعدون ويتناولون الوجبات معك؟ \_\_\_\_\_

أجب عن الأسئلة التالية بشأن الأفراد الذين يعيشون معك ويقومون بشراء، وإعداد، وتناول الوجبات معك.

هل يبلغ إجمالي دخلك قبل الضرائب للشهر الحالي أقل من 150 دولارًا؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يبلغ صافي إجمالي دخلك في الشهر الحالي بعد الضرائب وسداد أشياء مثل تكاليف السكن، ورعاية الأطفال/المعالين، أو مدفوعات إعالة الطفل صفرًا؟ ☐ نعم ☐ لا

هل إجمالي مواردك النقدية وحساباتك الجارية وحسابات التوفير أقل من 100 دولار؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تزيد قيمة التزاماتك مثل الرهن العقاري، والمرافق (مثل الغاز، والكهرباء، والمياه، والهاتف) عن دخلك الشهري الكلي قبل الضرائب؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ ☐ نعم ☐ لا

8. أخبرنا عن الأشخاص الذين يعيشون في منزلك.

يجب أن تذكر كل شخص يعيش معك، حتى إذا كان ذلك الشخص لن يتقدم بطلب. يُرجى التأكد من ذكر اسمك أولاً. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر، فعليك إرفاق ورقة منفصلة.

- رقم الضمان الاجتماعي: إذا لم تكن مواطناً أمريكياً، وتتقدم فقط للحصول على مساعدة للمواطنين الأمريكيين أو مساعدة طبية طارئة، فلن يكون عليك إثبات حالة الجنسية، أو وضع الهجرة، أو تقديم رقم الضمان الاجتماعي.
- الجنس(النوع): إذا كانت أسرتك تتقدم للحصول على مزايا برنامج SNAP فقط، فليس عليك استكمال سؤال الجنس (النوع).
- المواطن الأمريكي: ليس من الضروري تحديد ما إذا كان شخص ما مواطناً أمريكياً إذا كان يتقدم للحصول على مزايا برنامج SNAP، أو مساعدة نقدية، أو مساعدة طبية، أو طفل بحجة إلى مساعدة رعاية طفل.
- العرق/الأصل: يسمح الفصل السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 لنا بسؤالك عن المعلومات الإثنية/العرقية (من أصل أسباني/لاتيني). يعتبر تقديم هذه المعلومات طوعياً ويستخدم لأغراض معلوماتية فقط. إذا كنت لا ترغب في تقديم هذه المعلومات، فلن يكون لهذا أي تأثير على حالتك.

الاسم	صلة قرابته بك (زوج أو زوجة، ابن، صديق، إلخ)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الجنس/ النوع اكتب ذكر أم أنثى	مواطن أمريكي اكتب نعم أم لا	من أصل إسباني أو لاتيني اكتب نعم أم لا	العرق
	أنا						

هل أنت متزوج؟ ☐ نعم ☐ لا اسم الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_

هل أنت أو أي ممن تتقدمين نيابة عنهم حامل؟ عليك الإجابة فقط إذا كنت تتقدمين للحصول على مساعدة نقدية أو طبية.

☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن وما هو التاريخ المتوقع؟ \_\_\_\_\_

هل أنت، أو أي ممن تتقدم نيابة عنهم، تحتاج إلى تنازل/ رعاية طويلة الأجل أو رعاية تريض منزلية؟

☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ \_\_\_\_\_

هل تقوم أنت أو أي شخص في أسرتك برعاية شخص معاق داخل المنزل أو خارجه؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

هل تنتمي أنت أو أي شخص من أفراد أسرتك إلى الجيش؟

نعم

لا

(ا)خدمة الفعلية    الحرس الوطني/ الاحتياط

هل سبق أن صدر حكم بإدانتك بالنصب فيما يتعلق برعاية الأطفال؟

نعم

لا

9. أخبرنا عن يقيمون معك في البيت وعمرهم 60 عامًا أو أكثر. إن لم يكن لديك أحد بهذا السن في البيت، يمكنك تجاهل هذا القسم.

هل يوجد من يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكبر؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة الموجودة بهذا القسم. وإذا كانت لا، فانتقل إلى القسم رقم 10.

هل يتلقى هذا الشخص (الأشخاص) إعانة ذوي الاحتياجات الخاصة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو المصدر؟

هل هذا الشخص (الأشخاص) غير قادر على تحضير الوجبات بسبب الإعاقة؟

نعم

لا

إذا كانت إجابتك "نعم" عن الأسئلة الثلاثة الأخيرة، فهل يرغب هذا الشخص (الأشخاص) في الحصول على مزايا برنامج SNAP بشكل منفصل عن باقي الأفراد الذين تعيش معهم؟

نعم

لا

10. أخبرنا عن ظروفك المادية.

هل تلقيت أو من يعيشون معك في البيت، أو من المتوقع أن تتلقوا، دخلاً في الشهر الحالي؟

نعم

لا

المقصود بالدخل هو كل المال الذي تتلقاه أنت والأشخاص الذين يعيشون معك في البيت. ويشمل ذلك المال المكتسب من وظيفة، أو العمل الحر، أو دعم لأحد الأبناء/ الزوج(ة)، إعانات العجز، إعانات التقاعد، تعويض العاملين، تعويضات البطالة، الضمان الاجتماعي، SSI، مساعدات قدامى المحاربين،Ohio Works First، هبات مالية من أفراد، الخ.

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجي إكمال الجدول أدناه.

الاسم	نوع الدخل أو صاحب العمل	ما هو معدل الحصول عليه (أسبوعيًا، كل أسبوعين، إلخ)	مبلغ الدخل (قيل احتساب الضرائب)	تاريخ آخر مرة تم تلقي الدخل فيها

ما هو المبلغ الذي تحصل عليه أنت ومن يعيش معك سواء في صورة نقدية أو شيكات أو مدخرات (مثل حسابات البنوك، أو المعاشات، أو الأسهم، أو السندات)؟

أدخل أفضل تقدير للإجمالي: دولارًا

هل تمتلك أنت والأشخاص الذين يعيشون في منزلك أكثر من مليون دولار كمبلغ إجمالي نقدي أو في صورة شيكات أو مدخرات (مثل الحسابات البنكية أو الإيرادات السنوية، أو الأسهم، أو السندات)؟

نعم

لا

هل فقد أي فرد في بيتك عمله خلال السنتين يومًا الماضية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟

متى؟

ما السبب؟

هل يوجد أي شخص في منزلك مُضرب عن العمل؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟

11. ما هي النفقات التي تتحملها أنت ومن يعيش معك؟ تحديد كل ما ينطبق. اذكر قيمة المبلغ لكل بند.

صفحة 7 من 14

JFS 07200-ARA (Rev. 1/2024)

<input type="checkbox"/> تكاليف رعاية طفل/معال المبلغ المقدر المدفوع شهريًا: دولار _____	
<input type="checkbox"/> نفقات معيشة لابن/ زوج(ة) لشخص خارج بيتك المبلغ المقدر المدفوع شهريًا: دولار _____	
<input type="checkbox"/> النفقات الطبية لأي شخص معاق أو يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكبر. هذه النفقات تشمل الفواتير الطبية والوصفات الطبية وأقساط التأمين الصحي أو الانتقال إلى المواعيد الطبية أو الخدمات الطبية الأخرى. المبلغ المقدر المدفوع شهريًا: دولار _____	
<input type="checkbox"/> الإيجار، ودفعات الرهن العقاري، وإيجار العقارات، وضرائب الممتلكات، والتأمين العقاري، وما إلى ذلك. المبلغ المقدر المدفوع شهريًا: دولار _____	
هل تدفع مقابل التدفئة أو تكييف الهواء؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا المرافق — يرجى اختيار المرافق التي تدفع مقابلها:	
<input type="checkbox"/> الغاز	<input type="checkbox"/> الماء
<input type="checkbox"/> الكهرباء	<input type="checkbox"/> الصرف الصحي
<input type="checkbox"/> الهاتف	<input type="checkbox"/> غير ذلك
<input type="checkbox"/> القمامة	



<div><input type="checkbox"/> السبت</div> <div><input type="checkbox"/> تختلف من أسبوع إلى آخر</div>			
<div><input type="checkbox"/> الأحد</div> <div><input type="checkbox"/> الاثنين</div> <div><input type="checkbox"/> الثلاثاء</div> <div><input type="checkbox"/> الأربعاء</div> <div><input type="checkbox"/> الخميس</div> <div><input type="checkbox"/> الجمعة</div> <div><input type="checkbox"/> السبت</div> <div><input type="checkbox"/> تختلف من أسبوع إلى آخر</div>	<div>الاسم</div> <div>العنوان 1</div> <div>العنوان 2</div> <div>رقم الهاتف (    )</div>		

13- أخبرنا بالمزيد عن الطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى الرعاية.			
الطفل الأول			
اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)		اسم أم الطفل قبل الزواج	
المدينة التي ولد بها الطفل		صلة قرابته بمقّم الطلب	
اللغة المنطوقة المفضلة للطفل			
هل هذا الطفل مواطنًا أمريكيًا أم أجنبي مؤهل؟		احتياجات الطفل:	
<div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> <div>يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.</div>		<div>هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟</div> <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> <div>إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة للحالة؟</div> <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> <div>هل الطفل مقيد في برنامج Head Start (هيد ستارت)؟</div> <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> <div>إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجدول الزمني للطفل؟</div> <div>من _____ إلى _____</div>	

اسم مقّم الخدمة			أيام/ساعات الرعاية اللازمة	
عنوان مقّم الخدمة			<div><input type="checkbox"/> الأحد من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> الاثنين من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> الثلاثاء من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> الأربعاء من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> الخميس من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> الجمعة من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/> السبت من _____ إلى _____</div>	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة		

"رعاية طفل ذي احتياجات خاصة" تعني الرعاية المقدمة إلى طفل أقل من ثمانية عشر عامًا ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكييفات أو التعديلات اللازمة للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.

☐ نعم ☐ لا برجاء الوصف:

## الطفل الثاني

اسم أم الطفل قبل الزواج

اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)

اللغة المنطوقة المفضلة للطفل

---

صلة قرابته بمقدّم الطلب

المدينة التي وُلد بها الطفل

### احتياجات الطفل:

هل يحتاج الطفل الى رعاية وقائية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة للحالة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل الطفل مقيد في برنامج Head Start (هيد ستارت)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجدول الزمني للطفل؟

من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_  
اسم مقدّم الخدمة

أيام/ساعات الرعاية اللازمة

□ الأحد من إلى

□ الاثنين من الى

□ الثلاثاء من

□ الأربعاء من

□ الخميس من إلى

□ الجمعة من إلى

□ الست من الى

عنوان مقدم الخدمة

## الرمز البريدي

الولاية

المدينة

هل طفلك بحاجة إلى رعاية طفل ذي احتياجات خاصة بناءً على هذا التعريف؟

"رعاية طفل ذي احتياجات خاصة" تعني الرعاية المقدمة إلى طفل أقل من ثمانية عشر عامًا ومصاب بوحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات التطور، مثل التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكييفات أو التعديلات اللازمة للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.

☐ نعم ☐ لا برجاء الوصف:

الطفل الثالث			
اسم أم الطفل قبل الزواج		اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)	
المدينة التي وُلد بها الطفل	صلة قرابته بمقدم الطلب	المدينة التي وُلد بها الطفل	
<p>احتياجات الطفل:</p> <p>هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة للحالة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل الطفل مقيد في برنامج Head Start (هيد ستارت)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجدول الزمني للطفل؟ من _____ إلى _____</p>		<p>هل هذا الطفل مواطنًا أمريكيًا أم أجنبي مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.</p>	
اسم مقدم الخدمة		أيام/ساعات الرعاية اللازمة	
عنوان مقدم الخدمة		<input type="checkbox"/> الأحد من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> الاثنين من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> الثلاثاء من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> الأربعاء من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> الخميس من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> الجمعة من _____ إلى _____ <input type="checkbox"/> السبت من _____ إلى _____	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
<p>هل طفلك بحاجة إلى رعاية طفل ذي احتياجات خاصة بناءً على هذا التعريف؟  "رعاية طفل ذي احتياجات خاصة" تعني الرعاية المقدمة إلى طفل أقل من ثمانية عشر عامًا ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات التطور، مثل التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والحركي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكيفات أو التعديلات اللازمة للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا برجااء الوصف:</p>			
الطفل الرابع			
اسم أم الطفل قبل الزواج		اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)	
المدينة التي وُلد بها الطفل	صلة قرابته بمقدم الطلب	المدينة التي وُلد بها الطفل	
<p>احتياجات الطفل:</p> <p>هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة للحالة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل الطفل مقيد في برنامج Head Start (هيد ستارت)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجدول الزمني للطفل؟ من _____ إلى _____</p>		<p>هل هذا الطفل مواطنًا أمريكيًا أم أجنبي مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>يجب أن تقدم إثباتًا من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.</p>	
اسم مقدم الخدمة		أيام/ساعات الرعاية اللازمة	

عنوان مقدم الخدمة		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
<div><input type="checkbox"/>الأحد من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>الاثنين من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>الثلاثاء من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>الأربعاء من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>الخميس من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>الجمعة من _____ إلى _____</div> <div><input type="checkbox"/>السبت من _____ إلى _____</div>		

هل طفلك بحاجة إلى رعاية طفل ذي احتياجات خاصة بناءً على هذا التعريف؟  
"رعاية طفل ذي احتياجات خاصة" تعني الرعاية المقدمة إلى طفل أقل من ثمانية عشر عامًا ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات التطور، مثل التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والحركي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكيفات أو التعديلات اللازمة للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.

☐ نعم ☐ لا برجاء الوصف:

**14- أخبرنا عن انتظام الطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى الرعاية في المدرسة.**  
إذا كان أي طفل (أطفال) يذهب أو سيذهب إلى رياض الأطفال أو أكبر من ذلك في العمر، فلابد من استيفاء هذا القسم.

اسم الطفل	مستوى الصف الحالي	اسم المدرسة وعنوانها	ساعات الدراسة (مثلاً؛ 8 صباحاً - 3 مساءً)	جدول رياض الأطفال	تاريخ بدء السنة الدراسية وانتهائها
				<div><input type="checkbox"/>ص</div> <div><input type="checkbox"/>م</div> <div><input type="checkbox"/>يوم كامل</div>	
				<div><input type="checkbox"/>ص</div> <div><input type="checkbox"/>م</div> <div><input type="checkbox"/>يوم كامل</div>	
				<div><input type="checkbox"/>ص</div> <div><input type="checkbox"/>م</div> <div><input type="checkbox"/>يوم كامل</div>	

**15. توقيع الشخص الذي استكمل هذا الطلب**  
**بالتوقيع على هذا الطلب:**  
■ أنا أفهم الأسئلة الواردة في هذا النموذج، وأقر، تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين، بأن كل إجاباتي صحيحة وكاملة على حد علمي، بما فيها المعلومات المتعلقة بالجنسية أو بالوضع كاجنبي الخاصة بكل فرد في الأسرة يتقدم للحصول على مساعدات.  
■ أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أنني قد أفصح عن جميع المعاشات السنوية وغيرها من الخدمات المالية المماثلة التي تتعلق بي و/أو زوجي.  
■ أفهم وأوافق على تقديم المستندات التي تثبت ما قلت.  
■ أفهم وأوافق على أن تتصل إدارة JFS في مقاطعتي بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لأهليتي للمساعدة وتحديد مستوى المساعدة.  
■ أفهم أنه بمجرد توقيعني على هذا الطلب والحصول على مزايا برنامج أوهايو وركس فيرست (Ohio Works First)، فإننا أتنازل لولاية أوهايو عن أية حقوق لدعم الطفل/الزوجة تستحق لي و/أو للأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق الإعانة الخاصة ببرنامج أوهايو وركس فيرست (Ohio Works First).  
■ أفهم أنه بمجرد توقيعني على هذا الطلب وحصولي على مزايا برنامج Medicaid، فإننا أتنازل لولاية أوهايو عن أية حقوق تتعلق بالدعم الطبي وأية حقوق في مدفوعات من قبل طرف ثالث معتمد لتمويل المساعدة الطبية المستحقة لي أو للأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق إعانة برنامج Medicaid.

- وأدرك أن إدارة Medicaid في أوهايو سوف تفحص إجاباتي باستخدام معلومات من مصادر بيانات الحاسوب، بما في ذلك دائرة الإيرادات الداخلية (IRS)، وإدارة الضمان الاجتماعي (SSA)، ووزارة الأمن الداخلي (DHS)، وغيرها. وفي حالة عدم تطابق المعلومات، فيحق لإدارة Medicaid في أوهايو مطالبتني بإرسال المزيد من المعلومات.
- وأفهم أن إدارة Medicaid في أوهايو ستحصل على المعلومات بشأن موارد المالية من البنوك، أو الاتحادات الائتمانية أو المؤسسات المالية الأخرى لتحديد مدى أهليتي للحصول على المساعدة الطبية. وسيظل تفويض الحصول على هذه المعلومات ساريًا حتى:
  - يتم رفض طلبي للمساعدة الطبية؛ أو
  - تنتهي أهليتي للمساعدة الطبية؛ أو
  - أقوم بإبلاغ إدارة Medicaid في أوهايو كتابيًا برغيتي في إنهاء التفويض.
- وفي حالة رفضي لتفويض إدارة Medicaid في أوهايو للحصول على المعلومات من المؤسسات المالية، أو قراري بإنهاء التفويض الذي منحتة، فإنني أعلم أنه من الممكن رفض أو قطع المساعدة الطبية عني.
- وأعلم أنه إذا تم إيداعي في إحدى المؤسسات بشكل دائم أو بلغت من العمر 55 عاماً أو أكثر أثناء تلقي مساعدات Medicaid، فإنه بعد وفاتي سوف يحاول برنامج "استعادة الممتلكات" استرداد تكاليف رعايتي التي تم دفعها Medicaid من تركتي. وقد تشمل تكاليف رعايتي المدفوعات الرأسمالية التي دفعها Medicaid إلى خطة الرعاية المدارة الخاصة بي، حتى وإن زادت المدفوعات الرأسمالية عن تكلفة الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.
- أفهم أنه قد يُطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعاله الطفل في إثبات الأبوة أو إصدار أمر الإعاله أو تنفيذه. إذا كنت مطالبًا بالتعاون مع وكالة إنفاذ إعاله الطفل، فسيتم إرسال إحالة إلى الوكالة نيابة عني. أفهم أيضًا أنه إذا لم يكن مطلوبًا مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعاله الطفل، فقد أطلب خدمات إعاله الطفل من خلال استكمال JFS 07076 "طلب خدمات إعاله الطفل".
- أفهم أنه في بعض الحالات، قد يُطلب مني الموافقة على قيام إدارة JFS في مقاطعتي بإجراء أية اتصالات لازمة لتحديد أهليتي.
- أتفهم أنه إذا تلقيت مساعدة نقدية على بطاقة الدفع الإلكترونية، يجب أن أقوم بتنشيط بطاقتي في غضون 90 يومًا من إصدار المزاي وبطاقتي الأولى. إذا لم يتم تنشيط بطاقة الدفع الإلكترونية في غضون 90 يومًا، فسيتم حذف مزاياي من حسابي.
- كما أدرك أن القانون يفرض عقوبة بالغرامة أو السجن، أو كليهما، على أي شخص يُدان بقبول مساعدة يكون غير مؤهل للحصول عليها.
- يُعد التوقيع على الطلب وتقديمه، إقرارًا مني بالموافقة على أن إدارة JFS بالمقاطعة و ODJFS يحق لهما مشاركة تفاصيل معينة عن حالة طلبي مع مقدم خدمات رعاية الأطفال المشار إليه في القسم 13 من هذا الطلب، وفي أي تعديل يطرأ عليه، علاوةً على أي مقدم لخدمات رعاية الأطفال أصرّح له بتلقي معلومات تخص طلبي
- كما أعلم أن توقيعي أدناه يعطي إدارة خدمات الوظائف والأسر بالمقاطعة الإذن بالاطلاع على المعلومات المتوفرة على "نظام متابعة تنفيذ الدعم" (SETS) للتحقق من دخل دعم طفلي أو زوجي أو الدعم الطبي. كما أن توقيعي يعطي الموافقة أيضًا على إصدار رقم هوية طالب على مستوى الولاية ينتج النظام (SSID) لكل طفل مذكور في القسم 13 من هذا الطلب.
- وتوقيعي أدناه يعطي موافقة وتفويضًا لإدارة JFS في الدخول على بوابة Ohio Benefits Worker بغرض التحقق من حالة مواطنة الأطفال في هذه الحالة وللتحقق من تلقي مساعدة عامة إضافية. يحق لي سحب هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار إدارة خدمات الوظائف والأسر كتابيًا.
- وأدرك أنه لا يمكنني استخدام مساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام إلا للأطفال المؤهلين وإلا إلى الحد الأقصى من الساعات التي تمنحها إدارة JFS. لاستمرار التأهل لمساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام، فلا بد أن يتم الدفع المشترك (إن كان منطبقًا) من خلالي إلى موفر الخدمة. وقد يؤدي عدم دفع المشترك المطلوب إلى إنهاء مساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام.
- أتفهم أنه يجب عليّ الإبلاغ عن أية تغيرات قد تؤثر على أهليتي إلى إدارة JFS، بما في ذلك التغييرات في دخل أسرتي، وساعات العمل/ التدريب/ التعليم، وحجم الأسرة، والعنوان.
- وأعلم أنه يجب إبلاغ التغييرات في غضون 10 أيام من تاريخ حدوثها فيما يخص رعاية الطفل.
- وأدرك أنه إذا تمت الموافقة على منحي مساعدة رعاية طفل، فسوف أكون مسؤولًا عن تسجيل حضور طفلي لبرنامج رعاية الطفل بدقة باستخدام نظام تتبع حضور تلقائي. ويشمل ذلك التسجيل في النظام وإنشاء معلومات تحقيق شخصية يمكن أن استخدمها للوصول إلى النظام وتكون بمثابة توقيعي الإلكتروني. وأعلم أن مقدم رعاية الطفل الخاص بي ليس مسموحًا له بتسجيل حضور طفلي نيابة عني، وليس له الحق في الدخول على معلومات تحقيق الشخصية الخاصة بي. وأدرك أن نظام تتبع الحضور قد يلتقط صورة لي أو صورة لمن ينوب عني/ كفيلي كجزء من عملية تسجيل الدخول وتسجيل الخروج. أدرك أنني مسؤول عن إقرار أية تغييرات يجريها مقدم الخدمة الخاص بي في نظام تتبع الحضور بخصوص حضور طفلي للبرنامج.
- وأعلم أنه إذا حضر طفلي برنامج Step Up To Quality (الإعداد للحد) وإذا اكتمل التقييم الخاص بطفلي، فإنه سيتم جمع البيانات وإبلاغها إلى ODJFS.
- لقد تلقيت شرحًا بالمتطلبات اللازمة لأهلية رعاية الطفل، والأسباب التي قد تمنعني من الأهلية، وحقي في جلسة استماع عامة، ومسؤوليتي عن الإبلاغ بالتغيرات إلى إدارة JFS بالمقاطعة، والعقوبات، بما في ذلك إمكانية رفع دعوى مدنية ضدي أو الملاحقة الجنائية، نتيجة للحجب المتعمد للمعلومات أو تزويرها أو إساءة استخدام مساعدات رعاية الطفل، مثل سوء استخدام نظام تتبع حضور رعاية الطفل التلقائي.

التاريخ	إذا كنت ممثلًا مفوضًا، اذكر صلة قرابتك بمقدم الطلب	توقيع المتقدم بالطلب أو الممثل المفوض

## 16. أعد هذا الطلب إلى إدارة JFS بمقاطعتك.

للبحث عن الإدارة بمقاطعتك تفضل بزيارة [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf)

### حقوقك المدنية

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

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (على سبيل المثال، لغة برايل، الطباعة بخط كبير،

شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) عند قيامهم بتقديم طلب للحصول على المعونات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة تسهيل التواصل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

**شكاوى الحقوق المدنية التي تشمل برامج وزارة الزراعة الأمريكية**

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

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA أو مكتب

خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDA وقدم في الرسالة جميع المعلومات

المطلوبة في نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDA عن طريق:

البريد: Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; أو

الفاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442 أو

الهاتف: (833) 620-1071، أو

البريد الإلكتروني: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

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

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

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

لتقديم شكوى بشأن التمييز ضدك أو ضد أي شخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS، أكمل النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بـ OCR على الرابط: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. يمكنك أيضًا الاتصال بـ OCR عن طريق البريد الإلكتروني على العنوان: Centralized Case, 200 Independence Avenue, U.S. Department of Health and Human Services, Management Operations

Washington, Room 509F HHH Bldg., S.W.D.C. 20201؛ الفاكس: 619-3818 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov) للحصول على معالجة أسرع، نحن نشجعك على استخدام بورتال OCR عبر الإنترنت لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديمها عبر خدمة البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى OCR على [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) أو الاتصال على الرقم المجاني 1-800-368-1019، TDD 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في النطق، يرجى الاتصال بـ 1-800-368-1019 للحصول على خدمات تسهيل التواصل. نحن نقدم أيضًا صيغ بديلة (مثل لغة برايل والطباعة بحروف كبيرة)، والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجانًا لتقديم شكوى هذه المؤسسة هي مزود تكافؤ الفرص.

لتقديم شكوى إلى إدارة خدمات العمل والأسرة في أوهايو (ODJFS) مكتب: 30 E. Broad St., 30<sup>th</sup> Floor, Columbus, OH 43215 ODJFS- Bureau of Civil Rights، أو 6381-752 (614)؛ أو اتصل على الرقم (614) 2703-644 (الاتصال الصوتي)، (866) 6353-227 (الرقم المجاني)، أو (866) 6700-221 (الهاتف النصي TTY).