

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 إملأ هذا الطلب الورقي. قم بتقديم الطلب الورقي إلى دائرة خدمات الوظائف والأسر في مقاطعتك. للبحث عن مكتب المقاطعة، انتقل إلى [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

**2. إجراء مقابلة.** لن تحدد لك مقابلة مقابلة إلا إذا تقدمت للانضمام إلى برنامج SNAP أو للحصول على المساعدات النقدية. ستلتقي إخباراً 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 وتسلیم 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 نيابةً عنك. ويُسمى هذا الشخص الممثل المفترض. ولا بد أن تخبرنا كتابياً بالشخص الذي تريده أن يكون ممثلاً مفترضاً عنك. إذا كنت أنت الممثل المفترض، فلأجب على الأسئلة الواردة في هذا الطلب والمتعلقة بالشخص الذي تتقاض له.
- في حال تغير أية معلومات بعد تقديمك لهذا الطلب، اتصل بإدارة JFS المحلية بمقاطعتك لطالعهم 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 إخباراً بتاريخ ووقت مقابلة خاصة بك. سيتم إجراء مقابلة هاتفياً. إذا رغبت في إجراء مقابلة شخصية، أو احتجت إلى زيارة منزلية لإجراء مقابلة، فعليك الاتصال بإدارة JFS بمقاطعتك وإخبارهم بذلك.
- يرجى قراءة إخبار المقابلة بعناية، لأنه يوضح لك إن كان عليك الاتصال بإدارة JFS في مقاطعتك، أم أنهم هم الذين سوف يتصلون بك.
- إذا فاتتك مقابلة، فاتصل بإدارة JFS في المقاطعة في أقرب وقت ممكن. إذا لم تتصل بإدارة JFS في المقاطعة خلال 30 يوماً من تاريخ تقديم هذا الطلب، فقد نرفض المساعدة التي تقدمت للحصول عليها وسيتعين عليك التقديم مرة أخرى.
- رعايا الأطفال فقط: إذا رفضنا طلبك، فقد تتحمل مسؤولية دفع التكاليف المستحقة لأي موفر رعاية طفل قد استعنت به منذ أن تقدمت بطلبك.  
-- يرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة في سجلاتك.

- ستحيطك علمًا إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات. وسوف نرسل لك إخطاراً بالبريد. وسيطلعك الإخطار عما تحتاجه لكي تقدم 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.
  - تأكّد 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، وتقدم 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 الطبية مسن، أو أعمى، أو معاقة	المساعدة الطبية للأسر والأطفال	رعاية الأطفال النقدية	SNAP	المساعدة النقدية	
✓	✓		✓	✓	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 الصرائب، خطابات المنح، دعم الأطفال)
✓				✓	أحدث الكشوفات لأية حسابات بنكية (مثل الشيكات، أو المدخرات)
✓					إثبات ملكية المركبات (каلسارات، الشاحنات، الدراجات النارية، القوارب، المركبات الترفيهية)
✓				✓	إثباتات القيمة الحالية للأسماء/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 تدفع 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 مقسم رعاية أطفال مؤهل لكل طفل يحتاج إلى الرعاية.

\* عند تقديم 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 أهلتك لهذه البرامج خلال 30 يوماً من تاريخ تقديمك للطلب. إذا كنت مؤهلاً، فقد نعتمد الإعانات الخاصة بك من تاريخ تقديم الطلب.

**المساعدة الطبية:** سنحدد مدى أهلتك للمساعدة الطبية خلال 45 يوماً من تاريخ تقديمك للطلب. إذا كنت تدعى الإعاقة، فقد يستلزم الأمر قيامنا بإجراء فحص للإعاقة. وقد تستغرق هذه العملية حتى 90 يوماً. إذا كنت مؤهلاً، فقد نعتمد 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 مواطناً أمريكياً للحصول على المساعدة؟

يمكن للكثيرين منمن لا يحملون الجنسية الأمريكية الانضمام إلى برنامج SNAP، والحصول على المساعدة النقدية، والمساعدة الطبية ومساعدة رعاية الطفل. أيضاً، 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 طلباً مستقلاً. اسقطر 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 المُؤولة 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://childcarenetwork.ohio.gov> و الشكاوى المؤثقة للاطلاع عليها.

ماذا إذا كان طفلي يعني من إعاقة أو إذا كنت أشك في أنه قد يكون مصاباً بتأخر النمو؟

المعلومات 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 4-302-2347 ، الخيار 1.

-- يرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة في سجلاتك. -

-- تُرکت 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 الناخبيين- المساعدة متوفرة**

إذا لم تكن مسجلًا 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 تختبر أيًّا من المربعين، فسنعتبر أنك قد قررت عدم التسجيل من أجل التصويت حالياً. 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 أيًّا مربع، سنراجع أهليتك للانضمام إلى برنامج SNAP فقط.**

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

**3. أطلعنا عن صفتك فإذا كنت ممثلاً مفترضاً، فعليك إدخال معلومات عن الشخص الذي تقدم نيابة عنه.**

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

ما هي لغتك المفضلة؟

التحدث:

الكتابة:

هل تحتاج إلى أي من الخدمات التالية؟

إشعارات بحروف كبيرة  مترجم لغة إشارات

غير ذلك  مترجم فوري

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

لا  نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن \_\_\_\_\_

**4. أخبرنا عن كيفية الوصول إليك. إذا كنت ممثلاً مفترضاً، فعليك إدخال معلومات عن الشخص الذي تقدم نيابة عنه.**

عنوان المنزل  حدد هنا إن لم يكن لديك بيت- برجاء إخبارنا بعنوان يمكنك من خلاله تلقي البريد.

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
( )	( )	( )	عنوان البريد الإلكتروني

عنوان يمكنك تلقي البريد عليه (إن كان مختلفاً): \_\_\_\_\_

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
( )	( )	( )	( )

**5. أخبرنا إذا كنت ممثلاً مفترضاً**

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

عنوان الشارع	الاسم الأول من	الاسم الأوسط	الاسم الأخير
( )	( )	( )	( )

المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
( )	( )	( )	عنوان البريد الإلكتروني

ما هي لغتك المفضلة؟ التحدث: الكتابة:		هل يحتاج الممثل المفوض أي من الخدمات التالية؟ <input type="checkbox"/> إشعارات بحروف كبيرة <input type="checkbox"/> مترجم لغة إشارات <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ <input type="checkbox"/> مترجم فوري					
<b>6. وقع هنا</b>							
التاريخ	الاسم بحروف مطبوعة	توقيع المتقدم بالطلب أو الممثل المفوض					
<b>أخبرنا عن البرنامج (البرامج) الذي تتقدم إليه في السؤال 2</b>							
<p><b>7.</b> ستساعدنا هذه الأسئلة على تحديد إمكانية الحصول على مزايا برنامج <b>SNAP</b> بشكل أسرع.</p> <p>كم عدد الأشخاص الذين يعيشون معك ويشترطون ويدعون ويتناولون الوجبات معك؟ _____</p> <p>أجب عن الأسئلة التالية بشأن الأفراد الذين يعيشون معك ويقومون بشراء، وإعداد، وتناول الوجبات معك.</p>							
<p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم هل يبلغ إجمالي دخلك قبل الضرائب للشهر الحالي أقل من 150 دولاراً؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم هل يبلغ صافي إجمالي دخلك في الشهر الحالي بعد الضرائب وسداد أشياء مثل تكاليف السكن، ورعاية الأطفال/المعالين، أو مدفوعات إعاقة الطفل صفر؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم هل إجمالي مواردك النقدية وحساباتك الجارية وحسابات التوفير أقل من 100 دولار؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم هل تزيد قيمة التزاماتك مثل الرهن العقاري، والمرافق (مثل الغاز، والكهرباء، والمياه، والهاتف) عن دخلك الشهري الكلي قبل الضرائب؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم هل أنت مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟</p>							
<b>8. أخبرنا عن الأشخاص الذين يعيشون في منزلك.</b>							
<p> يجب أن تذكر كل شخص يعيش معك، حتى إذا كان ذلك الشخص لن يتقدم بطلب. يرجى التأكد من ذكر اسمك أولاً. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر، فعليك إرفاق ورقة منفصلة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• رقم الضمان الاجتماعي: إذا لم تكن مواطناً أمريكياً، وتتقدم فقط للحصول على مساعدة للمواطنين الأمريكيين أو مساعدة طبية طارئة، فإن يكون عليك إثبات حالة الجنسية، أو وضع الهجرة، أو تقديم رقم الضمان الاجتماعي.</li> <li>• الجنس ( النوع ): إذا كانت أسرتك تتقدم للحصول على مزايا برنامج <b>SNAP</b> فقط، فليس عليك استكمال سؤال الجنس ( النوع ).</li> <li>• المواطن الأمريكي: ليس من المضوري تحديد ما إذا كان شخص ما مواطناً أمريكيًا إذا كان يتقدم للحصول على مزايا برنامج <b>SNAP</b>، أو مساعدة نقدية، أو مساعدة طبية، أو طفل بحجة إلى مساعدة رعاية طفل.</li> <li>• العرق/الأصل: يسمح الفصل السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 لنا بسؤالك عن المعلومات الإثنية/العرقية (من أصل إسباني/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.</li> </ul>							
العرق	من أصل إسباني أو لاتيني نعم أم لا	مواطن أمريكي نعم أم لا	الجنس/ النوع ذكر أم أنثى	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة قرابته بك (زوج أو زوجة، ابن، صديق، إلخ.)	الاسم
						أنا	
<p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم اسم الزوج/الزوجة: _____</p> <p>هل أنت أو أي من تتقدين نيابة عنهم حامل؟ عليك الإجابة فقط إذا كنت تتقدين للحصول على مساعدة نقدية أو طبية.</p>							
<p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فمن وما هو التاريخ المتوقع؟ _____</p>							
<p>هل أنت، أو أي من تتقدين نيابة عنهم، تحتاج إلى تنازل/رعاية طويلة الأجل أو رعاية تمريض منزلية؟ _____</p>							
<p><input type="checkbox"/> لا    <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ _____</p>							

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

لا  إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ نعم

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

لا  نعم (ا) لخدمة الفعلية  الحرس الوطني/ الاحتياط)

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

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

هل يوجد من يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكبر؟  لا  نعم

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

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

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو المصدر؟

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

إذا كانت إجابتكم "نعم" عن الأسئلة الثلاثة الأخيرة، فهل يرثي هذا الشخص (الأشخاص) في الحصول على مزايا برنامج SNAP بشكل منفصل عن باقي الأفراد

لا  نعم الذين يعيش معهم؟

## 10. أخبرنا عن ظروفك المادية.

هل تلقيت أو من يعيشون معك في البيت، أو من المتوقع أن تلقوا، دخلاً في الشهر الحالي؟  لا  نعم

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

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

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

ما هو المبلغ الذي تحصل عليه أنت ومن يعيشون معك سواء في صورة نقدي أو بشيكات أو مدخلات (مثل حسابات البنك، أو المعاشات، أو الأسهم، أو السندات)؟

أدخل أفضل تقدير للإجمالي: دولاراً \_\_\_\_\_

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

أو الأسهم، أو السندات)؟  لا  نعم

هل فقد أي فرد في بيتك عمله خلال السنتين يوماً الماضية؟  لا  نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟ \_\_\_\_\_

ما السبب؟ \_\_\_\_\_

هل يوجد أي شخص في منزلك مُضرب عن العمل؟  لا  نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟ \_\_\_\_\_

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

تكاليف رعاية طفل/معال

المبلغ المقرر المدفوع شهرياً: دولار \_\_\_\_\_

نفقات معيشة لابن/ زوج(ة) لشخص خارج بيتك

المبلغ المقرر المدفوع شهرياً: دولار \_\_\_\_\_

النفقات الطبية لأي شخص معاق أو يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكبر. هذه النفقات تشمل الفواتير الطبية والوصفات الطبية وأقساط التأمين الصحي أو الانتقال إلى المواقع الطبية أو الخدمات الطبية الأخرى.

المبلغ المقرر المدفوع شهرياً: دولار \_\_\_\_\_

الإيجار، ودفعات الرهن العقاري، وإيجار العقارات، وضرائب الممتلكات، والتأمين العقاري، وما إلى ذلك.

المبلغ المقرر المدفوع شهرياً: دولار \_\_\_\_\_

هل تدفع مقابل التدفئة أو تكيف الهواء؟  لا  نعم

المرافق - يرجى اختيار المرافق التي تدفع مقابلها:

الماء

الغاز

الصرف الصحي

الكهرباء

غير ذلك

الهاتف

القمامنة

#### 12. أطلاعنا على نشاطك التأهيلي لرعاية طفل إذا كنت تتقدم للحصول على مساعدة رعاية طفل.

إذا كنت أنت أو الأشخاص الذين يقيمون معك تعمل، أو تذهب إلى مدرسة أو تشتراك في برنامج تدريبي، فبرجاء استكمال الجدول التالي. إذا كنت موظفاً، يرجى كتابة اسم صاحب العمل الحالي. ويتضمن ذلك العمل الحر والوظائف المؤقتة. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر، يرجى إرفاق ورقة منفصلة.

اسم فرد العائلة	تاريخ البدء/تاريخ الانتهاء	معلومات صاحب العمل/المدرسة/التدريب	جدول العمل أو الدراسة (يرجى تحديد المربع المجاور للأيام التي تعمل فيها أو التي تذهب فيها إلى المدرسة. ثم اذكر عدد الساعات التي تعمل أو تدرس خلالها في السطر المقابلي، مثل؛ 5:30 - 8:30)
			<input type="checkbox"/> الأحد _____
			<input type="checkbox"/> الاثنين _____
			<input type="checkbox"/> الثلاثاء _____
			<input type="checkbox"/> الأربعاء _____
			<input type="checkbox"/> الخميس _____
			<input type="checkbox"/> الجمعة _____
			<input type="checkbox"/> السبت _____
			<input type="checkbox"/> تختلف من أسبوع إلى آخر _____
			<input type="checkbox"/> الأحد _____
			<input type="checkbox"/> الاثنين _____
			<input type="checkbox"/> الثلاثاء _____
			<input type="checkbox"/> الأربعاء _____
			<input type="checkbox"/> الخميس _____
			<input type="checkbox"/> الجمعة _____

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

### 13- أخبرنا بال المزيد عن الطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى الرعاية.

الطفل الأول		المدينة التي ولد بها الطفل
اسم أم الطفل قبل الزواج	صلة قرينته بمن يقدم الطلب	اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)
اللغة المنطقية المفضلة للطفل		
احتياجات الطفل:		هل هذا الطفل مواطناً أم جنبياً أم مؤهلاً؟
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة للحالة؟	يجب أن تقدم إثباتاً من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل الطفل مقيد في برنامج Head Start (هيد ستارت)؟	إذا كانت الإجابة "نعم"، فما الجدول الزمني للطفل؟
من _____ إلى _____		
أيام/ساعات الرعاية اللازمة		اسم مقدم الخدمة
<input type="checkbox"/> الأحد من _____ إلى _____		
<input type="checkbox"/> الاثنين من _____ إلى _____		عنوان مقدم الخدمة
<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 _____		
		المدينة
		الولاية
		الرمز البريدي

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 عاماً ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات النمو، مثل النطوير الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والحركي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكيفات أو الللزم للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.

نعم  لا برجاء الوصف:

### الطفل الثاني

اسم أم الطفل قبل الزواج

اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)

اللغة المنطقية المفضلة للطفل

صلة قرابته بمقام الطلب

المدينة التي ولد بها الطفل

احتياجات الطفل:  
 هل هذا الطفل مواطنًا أمريكيًا أم أجنبىًا مؤهلاً؟

لا  نعم

هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟  لا  نعم

يجب أن تقدم إثباتاً من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.

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

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

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

إلى \_\_\_\_\_ من \_\_\_\_\_

اسم مقام الخدمة

أيام/ساعات الرعاية الازمة

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الأحد من \_\_\_\_\_

عنوان مقدم الخدمة

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الاثنين من \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
 المدينة \_\_\_\_\_  
 الولاية \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الثلاثاء من \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الأربعاء من \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الخميس من \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. الجمعة من \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. إلى \_\_\_\_\_. السبت من \_\_\_\_\_

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 عاماً ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات النطوير، مثل النطوير الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والحركي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكيفات أو الللزم للمساعدة في وظيفة الطفل أو تطوره.

نعم  لا برجاء الوصف:

اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)

المدينة التي ولد بها الطفل

صلة قرابته بمقيم الطلب

المدينة التي ولد بها الطفل

احتياجات الطفل:

هل هذا الطفل مواطناً أمريكيأً أم أجنبى مؤهل؟

 نعم       لا

يجب أن تقدم إثباتاً من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.

 نعم       لا

هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟

 نعم       لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة لحالة؟

 لا       نعم

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

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

من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_

اسم مقيم الخدمة

أيام/ساعات الرعاية الازمة

 الأحد من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الاثنين من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الثلاثاء من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الأربعاء من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الخميس من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الجمعة من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ السبت من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

عنوان مقيم الخدمة

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 عاماً ومصاب بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات النمو، مثل التطور الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والاتصالي، والإدراكي، والحركي، والسلوكي والتي قد تشمل بشكل منتظم تلك الخدمات أو التعديلات أو التكيفات أو التعديلات الازمة المساعدة في وظيفة الطفل أو نموه.

 لا برجاء الوصف:  نعم

اسم الطفل (الأول، الأوسط، الأخير)

المدينة التي ولد بها الطفل

صلة قرابته بمقيم الطلب

المدينة التي ولد بها الطفل

احتياجات الطفل:

هل هذا الطفل مواطناً أمريكيأً أم أجنبى مؤهل؟

 نعم       لا

يجب أن تقدم إثباتاً من أجل الحصول على خدمات رعاية الأطفال.

هل يحتاج الطفل إلى رعاية وقائية؟  نعم       لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل هناك خطة لحالة؟

 لا       نعم

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

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

من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_

اسم مقيم الخدمة

أيام/ساعات الرعاية الازمة

<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 _____	المدينة        الولاية        الرمز البريدي
---	---

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 عاماً ومصاب بوحدة أو أكثر من الحالات الصحية المزمنة أو لا يحقق التوقعات المناسبة لعمره في واحد أو أكثر من مجالات النطوير، 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 سيدهب إلى رياض الأطفال أو أكبر من ذلك في العمر، فلا بد 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
				<input type="checkbox"/> ص <input type="checkbox"/> م <input type="checkbox"/> يوم كامل	
				<input type="checkbox"/> ص <input type="checkbox"/> م <input type="checkbox"/> يوم كامل	
				<input type="checkbox"/> ص <input type="checkbox"/> م <input type="checkbox"/> يوم كامل	

#### 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 و كاملة على حد علمي، بما فيها المعلومات المتعلقة بالجنسية أو بالوضع كأجنبي الخاصة بكل فرد في الأسرة يتقدم للحصول على مساعدات.
- أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أنني قد أفصحت عن جميع المعاشات السنوية وغيرها من الخدمات المالية المماثلة التي تتعلق بي و/أو بزوجي.
- أفهم وأوافق على تقديم المستندات التي تثبت ما قلت.
- أتفق على أن تتصال إداره JFS في مقاطعتي بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثباتات اللازم لأجلتي للمساعدة وتحديد مستوى المساعدة.
- أفهم أنه بمجرد توقيعي على هذا الطلب والحصول على مزايا برنامج أوهابيو ووركس فيرست (Ohio Works First)، فإننا أتنازل لولاية أوهابيو عن أي حقوق لدعم الطفل/الزوجة تستحق لي و/أو للأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق الإعانة الخاصة ببرограм أوهابيو ووركس فيرست (Ohio Works First).
- أفهم أنه بمجرد توقيعي على هذا الطلب وحصولي على مزايا برنامج Medicaid، فإننا أتنازل لولاية أوهابيو عن أي 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 تتطابق المعلومات، فيتحقق لإدارة Medicaid في أوهايو مطالبتي بإرسال المزيد من المعلومات.

وأنفهم أن إدارة Medicaid في أو هايو ستحصل على المعلومات بشأن مواردي المالية من البنك، أو الاتحادات الائتمانية أو المؤسسات المالية الأخرى لتحديد مدى أهليتي للحصول على المساعدة الطبية. وسيطرل تفويض الحصول على هذه المعلومات سارياً حتى:

- يتم رفض طلبي للمساعدة الطبية؛ أو
  - تنتهي أهليةي للمساعدة الطبية؛ أو
  - أقوم بابلاغ إدارة Medicaid في أو

وفي حالة رفضي لتفويض إدارة Medicaid في أواهיו للحصول على المعلومات من المؤسسات المالية، أو قراري بإنهاء التفويض الذي منحته، فإنني أعلم أنه من الممكن رفض أو قطع المساعدة الطبية عنِّي.

وأعلم أنه إذا تم إيداعي في إحدى المؤسسات بشكل دائم أو بلغت من العمر 55 عاماً أو أكثر أثناء تلقي مساعدات Medicaid، فإنه بعد وفائي 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 المدارسة الخاصة بي، حتى وإن زادت المدفوعات الرأسمالية عن تكلفة الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.

أفهم أنه قد يطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل في إثبات الأبوة أو إصدار أمر الإعالة أو تنفيذه. إذا كنت مطالباً بالتعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل، فسيتم إرسال إحالة إلى الوكالة نهايةً عني. أفهم أيضاً أنه إذا لم يكن مطلوباً مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل، فقد أطلب خدمات إعالة الطفل من خلال استكمال JFS 07076 "طلب خدمات إعالة الطفل".

أفهم أنه في بعض الحالات، قد يتطلب 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 بطاقتني في غضون 90 يوماً من إصدار المزايا وبطاقتني الأولى. إذا لم يتم تنشيط بطاقتي الدفع الإلكترونية في غضون 90 يوماً، فسيتم حذف مزاياي من حسابي.

الأطفال المشار إليه في القسم 13 من هذا الطلب، وفى أي تعديل يطرأ عليه، علاوةً على أي مقدم لخدمات رعاية الأطفال أصرح له ببناؤى معلومات تخص طبى كما أعلم أن توقيعى أدناه يعطى إدارة خدمات المقاطعة الإذن بالاطلاع على المعلومات المتوفرة على "نظام متابعة تنفيذ الدعم" (SETS) للتحقق من دخل دعم طفل أو زوجي أو الدعم الطبى. كما أن توقيعى يعطى الموافقة أيضًا على إصدار رقم هوية طالب على مستوى الولاية ينتمى لنظام (SSID) لكل طفل مذكور في القسم 13 من هذا الطلب.

وتوقيعى أذنه يعطى موافقة وتقويضًا لإدارة Ohio Benefits Worker بعرض التحقق من حالة مواطنة الأطفال في هذه الحالة وللتتحقق من تلقي مساعدة عامة إضافية. يحق لي سحب هذا التقويض في أي وقت عن طريق إخطار إدارة خدمات الوظائف والأسر كتابيًّا.

وادرك أنه لا يمكنني استخدام مساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام إلا للأطفال الموهبين وإلا إلى الحد الأقصى من الساعات التي تمنحها إدارة JFS. لا استمرار التأهل لمساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام، فلابد أن يتم الدفع المشترك (إن كان منطقيًّا) من خالي إلى موفر الخدمة. وقد يؤدي عدم دفع المشترك المطلوب إلى إنهاء مساعدات رعاية الطفل الممولة من القطاع العام.

أتفهم أنه يجب على الإبلاغ عن أي تغيرات قد تؤثر على أهليتي إلى إدارة JFS، بما في ذلك التغيرات 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.  
وادرك أنه إذا تمت الموافقة على منحى مساعدة رعاية طفل، فسوف تكون مسؤولاً عن تسجيل حضور طفلي لبرنامج رعاية الطفل بدقة باستخدام نظام تتبع حضور تلقائي.

ويشمل ذلك التسجيل في النظام وإنشاء معلومات تحقّق شخصية يمكن أن استخدمها للوصول إلى النظام وتكون بمثابة توقيع الإلكتروني. وأعلم أن مقدم رعاية الطفل الخاص بي ليس مسموحاً له بتسجيل حضور طفلي نيابة عنِي، وليس له الحق في الدخول على معلومات تحقّق الشخصية الخاصة بي. وأدرك أن نظام تتبع الحضور قد يلقط صورة لي أو صورة لمن ينوب عنِي/كتبلي كجزء من عملية تسجيل الدخول وتسجيل الخروج. أدرك أنني مسؤولة عن إقرار آلية 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 للجودة) وإذا اكتمل التقييم الخاص بطفلي، فإنه سيتم جمع البيانات وإبلاغها إلى ODJFS لقد تلقيت شرحاً بالمتطلبات الازمة لأهالية رعاية الطفل، والأسباب التي قد تمنعني من الأهلية، وحق في جلسة استماع عامة، ومسؤوليتي عن الإبلاغ بالتغييرات إلى إدارة JFS بالمقاطعة، والعقوبات، بما في ذلك إمكانية رفع دعوى مدنية ضدي أو الملاحة الجنائية، نتيجة للحجب المعتمد للمعلومات أو تزويرها أو إساءة استخدام مساعدات رعاية الطفل، مثل سوء استخدام نظام تتبع حضور رعاية الطفل التقائي.

توقيع المتقدم بالطلب أو الممثل المفوض	إذا كنت ممثلاً مفوّضاً، اذكر صلة قرابتك بمقدم الطلب	التاريخ

١٦. أعد هذا الطلب إلى إدارة JFS بمقاطعتك.

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

حقوق المدنية

وفقاً 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 الإنقاص أو التأثير 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 ومنوعة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS.

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

شرط 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 800-8339-877. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

**شكوى 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

خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDA وقم في الرسالة جميع المعلومات

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

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; أو

الفاكس: 202-690-7442؛ أو 256-1665 (833) أو 620-1071 (833)، 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 800-568-221 (800)، وهو أيضاً 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>

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

تقوم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية HHS المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية، بما في ذلك Head Start وTANF 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 شخص آخر.

لتقديم شكوى بشأن التمييز ضدك أو ضد أي شخص آخر فيما يتعلق ببرنامج 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 أيضاً 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 على رقم 202-619-3818؛ 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.go](mailto:OCRMail@hhs.go) أو الاتصال على الرقم المجاني لـ OCR على الرقم 1-800-368-1019، TDD 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في النطق ، يرجى الاتصال . 1-1-7 للوصول إلى خدمات تسهيل التواصل. نحن نقدم أيضاً صيغ بديلة (مثل لغة برايل والطباعة بحروف كبيرة)، والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجاناً لتقديم شكوى هذه المؤسسة هي مزود تكافؤ الفرص.

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