

تصريح بالإفصاح عن معلومات سرية لبرامج BadgerCare Plus و Wisconsin Medicaid و FoodShare و Family Planning Only Services و Caretaker Supplement و SeniorCare

RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTHORIZATION FOR WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES, SENIORCARE, AND CARETAKER SUPPLEMENT

استكمل وقدم هذه الاستمارة للتصريح بالإفصاح عن المعلومات المشار إليها في القسم 2 أدناه. قد يكون للشخص الذي يتم الإفصاح عن معلوماته الحق بتفحص المعلومات المفصّل عنها والحصول على نسخة منها عند دفع الرسوم اللازمة.

تعليمات التقديم

إذا كان الشخص الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته لا يسكن في مقاطعة Milwaukee قم بأحد الأمور التالية:

- أرسل الاستمارة بالفاكس إلى الرقم 1-855-293-1822.
- أرسل الاستمارة بالبريد إلى:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

إذا كان الشخص الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته يسكن في مقاطعة Milwaukee قم بأحد الأمور التالية:

- أرسل الاستمارة بالفاكس إلى الرقم 1-888-409-1979.
- أرسل الاستمارة بالبريد إلى:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218



معلومات شخصية ومعلومات التواصل

القسم 1

الجزء أ: الشخص الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته

الاسم - الشخص الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته (اسم العائلة، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الثاني)

تاريخ الميلاد

رقم الملف (إن وجد)

عنوان الشارع

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الجزء ب: الشخص أو المؤسسة التي يمكن أن يتم الإفصاح عن المعلومات لها

الاسم - الشخص أو المؤسسة التي يمكن أن يتم الإفصاح عن المعلومات لها

عنوان الشارع

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الجزء ج: الوكالة/الاتحادات المسموح لها بالإفصاح عن المعلومات

الاسم - وكالة/اتحادات الحفاظ على الدخل أو الوكالة/الاتحادات القبلية المصرح لها بالإفصاح عن المعلومات

عنوان الشارع

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

القسم 2

المعلومات المصرح بالإفصاح عنها

اذكر المعلومات المصرح بالإفصاح عنها:

☐ وضع الأهلية الحالية لبرامج الصحة والتغذية

☐ معلومات تستخدم لتحديد الأهلية لبرامج الصحة والتغذية

☐ معلومات أخرى عن الأهلية - حدد:

اذكر الغرض أو الحاجة التي تقتضي الإفصاح عن المعلومات. وكن دقيقًا.

اذكر تاريخ انتهاء صلاحية التصريح. يجب أن يكون هذا التاريخ خلال 12 شهرًا من تاريخ توقيع هذه الاستمارة. إذا لم يتم تحديد تاريخ، فسيُنهي التصريح بعد 12 شهرًا من تاريخ توقيع هذه الاستمارة.

القسم 3

تصريحات التفاهم والتوقيع

- أنا أصرح بالإفصاح عن المعلومات إلى الشخص أو المؤسسة المذكورة في الجزء ب من القسم 1.
- هذا التصريح طوعي، ولن يؤثر رفض التوقيع عليه على العلاج أو الدفع أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المخصصات.
- لا يمكن أن يعيد متلقي السجلات الإفصاح عن المعلومات التي أصرح بالإفصاح عنها إلا إذا كان ذلك مسموحًا قانونيًا. إذا تم إعادة الإفصاح عن المعلومات، فقد يخضع متلقي المعلومات التي أعيد الإفصاح عنها إلى قوانين مختلفة.
- يمكنني إلغاء هذا التصريح خطيًا في أي وقت إلا فيما يتعلق بالمعلومات التي سبق أن تم الإفصاح عنها نتيجة هذا التصريح. يجب أن يُعطى الإلغاء الخطي إلى الوكالة/الاتحادات التي أعطيتها الصلاحية للإفصاح عن المعلومات.
- يبقى هذا التصريح ساريًا ما لم يُلغى حتى تاريخ الانتهاء المذكور في القسم 2.

التوقيع – الشخص الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته	تاريخ التوقيع
---	---------------

تصريح وزارة الزراعة الامريكية USDA الخالي من التمييز

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 للأشخاص الطرش أو المعانين من صعوبة في السمع أو 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 اخرى 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)، عنونوا الشكوى الى: مدير الـ HHS، مكتب الحقوق المدنية، غرفة رقم 515-F، 200 إنديبندينس 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