

بیانیه درباره وضعیت مهاجرت
(STATEMENT ABOUT IMMIGRATION STATUS)

اگر شهروند ایالات متحده آمریکا نیستید، باید قوانین پروگرام درباره وضعیت مهاجرت را رعایت کنید تا واجد شرایط مزایای Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، یا مزایای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) باشید. این فرم به ما کمک می کند تا ببینیم آیا قوانین پروگرام را برآورده می کنید یا خیر. لازم نیست این فرم را پر و ارسال کنید. به هر حال، اگر این کار را نکنید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایا نباشید.

ما از اطلاعاتی که درباره حضور قانونی در آمریکا ارائه می دهید استفاده خواهیم کرد تا ببینیم آیا برای مدت محدودی واجد شرایط دریافت مزایا هستید یا خیر. اگر شماره کارت مهاجرت یا سند ارائه دهید، وضعیت مهاجرت شما را با U.S. Citizenship and Immigration Services (خدمات شهروندی و مهاجرت آمریکا) (USCIS) تأیید می کنیم. بر اساس معلوماتی که USCIS به ما می دهد، خواهیم دید که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای مداوم هستید یا خیر. در حال حاضر نیازی به ارائه شماره کارت مهاجرت یا مدرک ندارید. به هر حال، اگر این کار را نکنید، باید در آینده معلومات بیشتری ارائه دهید تا ببینیم آیا می توانید از مزایای جاری مستفید شوید یا خیر.

هدایات

هر معلوماتی که قبلاً لیست نشده است بنویسید. در باره هر فردی از خانواده شما که بخشی از درخواست شما برای دریافت مزایا است، به ما بگویید که آیا شخص به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارد یا خیر. این معلومات به ما کمک می کند تا در مورد مزایای شما زودتر تصمیم بگیریم. اگر با توضیحات که در بخش 3 ذکر شده موافق هستید، فرم را امضا کنید و تاریخ آن را بنویسید.

گزینه های ارسال

فرم تکمیل شده خود را به یکی از شیوه های زیر ارسال نمایید: Month XX, CCYY

- **اپلیکیشن موبایل.** از همه صفحات فرم عکس بگیرید و آنها را با استفاده از اپلیکیشن موبایل MyACCESS ارسال کنید.
 - **آنلاین.** همه صفحات فرم را به وبسایت ACCESS سکن کنید. می توانید این کار را از طریق داخل شدن به وبسایت access.wi.gov از طریق اکونت ACCESS خود انجام دهید.
 - **توجه:** شما می توانید فرم ها را فقط در زمان های خاصی در وبسایت ACCESS سکن کنید. اگر نمی توانید فرم را در وبسایت ACCESS سکن کنید، فرم را با استفاده از یکی از راه های دیگر ارسال کنید.
 - **فکس.**
 - اگر در شهرک Milwaukee زندگی می کنید، فرم را به شماره 888-409-1979 فکس کنید.
 - اگر در شهرک Milwaukee زندگی نه می کنید، فرم را به شماره 855-293-1822 فکس کنید.
 - **به صورت حضوری.** فرم را به دفتر مربوط خود ببرید. معلومات تماس دفتر مربوط شما در وبسایت Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) به آدرس ذیل موجود است
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm
- اگر در شهرک Milwaukee زندگی می کنید، فرم را به آدرس زیر ارسال کنید:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205
- اگر در شهرک Milwaukee نیستید، فرم را به آدرس زیر ارسال کنید:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

معلومات درباره شخصی که برای دریافت مزایا درخواست داده است

بخش 1

نام - شخصی که برای مزایا درخواست داده است (نام، تخلص، نام وسط)

تاریخ تولد (اگر شماره پرونده ندارید)

شماره پرونده (اگر دارید)



معلومات مهاجرت برای هر فرد در فامیل شما که در درخواست نامه شما درج شده باشد

بخش 2

نام - شخصی از فامیل شما (نام، تخلص، نام وسط)

تاریخ تولد

آیا این شخص به طور قانونی در امریکا حضور دارد؟
☐ بله ☐ نه

اختیاری: اگر مطمئن هستید که این شخص به طور قانونی در امریکا حضور دارد، لطفاً شماره کارت مهاجرت یا سند این شخص را ارائه دهید.

ارائه کردن مدارک مهاجرتی یا شماره کارت

☐ ثبت نام اتباع خارجی، A، یا USCIS ☐ تذکره شهروندی

☐ کارت تابعیت ☐ سند مجوز کار (I-766)

☐ فرم I-94 ثبت ورود/خروج ☐ پاسپورت

☐ مقیم دائم یا کارت سبز ☐ شماره Student and Exchange Visitor Information System (SEVIS)
(سیستم معلومات متعلمین و شرکت کنندگان در برنامه های تعلیمی)

شماره سند یا کارت مهاجرت



اعلامیه تفاهم و امضا

بخش 3

من با امضاء کردن این بیانیه، تحت قانون مجازات شهادت دروغ و سوگند دروغ، اقرار میکنم که اطلاعاتی که در این فرم آورده ام درست است. همچنان اقرار میکنم که معلومات زیر را فهمیدم:

- Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) با همکاری USCIS وضعیت مهاجرت هر فرد در فامیل من را که به طور قانونی حضور دارد و درخواست مزایا می کند، تأیید می کند.
- معلومات USCIS ممکن است بر واجد شرایط بودن هر فرد برای مزایا تأثیر بگذارد.
- Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) با همکاری USCIS وضعیت مهاجرت هیچ فردی را که به طور قانونی حضور ندارد و/یا نامش در بالا ذکر نشده است تأیید نمی کند.
- Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) با همکاری USCIS وضعیت مهاجرت هیچ فردی را که فقط برای خدمات اضطراری Medicaid، خدمات اضطراری BadgerCare Plus، یا پروگرام خدمات ولادت BadgerCare Plus درخواست می کند، تأیید نمی کند.

تاریخ امضا

امضا - بزرگسالان خانواده شما



نام و تخلص را نوشته کنید

اطلاعیه عدم تبعیض: تبعیض خلاف قانون است - برنامه های مرتبط با مراقبت های صحی
 Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحی) از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ، هویت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض نمی کند. Department of Health Services (بخش خدمات صحی) افراد را به دلیل نژاد، رنگ، هویت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت اخراج نمی کند و نه هم با آنها رفتار متفاوتی میکند.

Department of Health Services (بخش خدمات صحی):

- کمک ها و خدمات رایگان را برای افراد معلول ارائه میکند تا ارتباط موثر با ما فراهم کنند، مانند:
 - مترجم زبان اشاره و اجد شرایط
 - اطلاعات مکتوبی در قالب های دیگر (چاپ بینرهای بزرگ، معلومات صوتی، فارمت های الکترونیکی قابل دسترس و نمونه های دیگر)
- خدمات رایگان زبان را به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست ارائه می دهد، مانند:
 - مترجمان و اجد شرایط
 - معلومات نوشته شده به زبان های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با هماهنگ کننده Department of Health Services (بخش خدمات صحی) بخش حقوق مدنی به شماره 844-201-6870 تماس بگیرید.

اگر فکر می کنید که Department of Health Services (بخش خدمات صحی) در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به روش دیگری بر اساس نژاد، رنگ، هویت ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل شده است، می توانید شکایت خود را به این ادرس ثبت کنید: Attn: Civil Rights Coordinator, Department of Health Services, PO Box 7850, Room 651, 1 West Wilson Street, Madison, WI 53707-7850, TTY: 711, 844-201-6870, فکس: 608-267-1434, یا هم به این ادرس ایمیل بفرستید dhscrec@dhs.wisconsin.gov. شما می توانید شکایت خود را شخصاً یا از طریق پست، فاکس یا ایمیل ثبت کنید. اگر برای ثبت شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ کننده حقوق مدنی Department of Health Services (بخش خدمات صحی) برای کمک به شما حاضر است.

شما همچنین می توانید شکایت حقوق مدنی را با U.S. Department of Health and Human Services (بخش خدمات صحی و انسانی ایالات متحده آمریکا)، Office for Civil Rights (دفتر حقوق مدنی)، به صورت الکترونیکی از طریق فورم Office for Civil Rights Complaint (دفتر شکایت حقوق مدنی)، که در ادرس ذیل موجود است ارسال کنید <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا از طریق پست یا تلفن در:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

فورم های شکایت در <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannsch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 844-201-6870 (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS: 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870, TTY: 711.