

بيان عن الخدمة العسكرية الأمريكية  
STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا، فيجب أن تستوفي قواعد البرنامج المتعلقة بالهجرة لتكون مؤهلاً للحصول على مساعدات Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، Family Planning Only Services، و/أو FoodShare. وسيساعدنا هذا النموذج في معرفة إذا ما كنت مستوفيًا لقواعد البرنامج أم لا. تجدر الإشارة إلى أنك غير مضطر لتعبئة وإرسال هذه النموذج. إلا أنه في حال عدم قيامك بذلك، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على المساعدات.

## التعليمات

دون أي معلومات غير مذكورة بالفعل. اختر المربع الخاص بمعلومات الخدمة العسكرية الذي ينطبق. إذا كنت توافق على البيانات، فقم بتوقيع وتاريخ هذا النموذج. ثم اكتب اسمك.

## خيارات الإرسال

أرسل النموذج الكامل الخاص بك بأحد الطرق التالية:

- تطبيق المحمول. النقط صورة لكل صفحات النموذج وأرسلها باستخدام تطبيق المحمول MyACCESS.
- على الإنترنت. كل صفحات النموذج ضوئيًا إلى الموقع ACCESS. ويمكنك القيام بذلك من خلال حساب ACCESS الخاص بك، الذي يمكنك تسجيل الدخول إليه على [access.wi.gov](http://access.wi.gov).
- ملاحظة: لا يمكن مسح النماذج ضوئيًا إلى الموقع ACCESS إلا في أوقات معينة. وإذا لم تتمكن من مسح النموذج ضوئيًا إلى الموقع ACCESS، فقم بإرسال النموذج باستخدام إحدى الطرق الأخرى.
- الفاكس.
  - إذا كنت تعيش في مقاطعة ميلواكي، فقم بإرسال النموذج عن طريق الفاكس إلى الرقم 888-409-1979.
  - وإذا لم تكن تعيش في مقاطعة ميلواكي، فقم بإرسال النموذج بالفاكس إلى الرقم 855-293-1822.
- بصفة شخصية. خذ النموذج إلى الوكالة الخاصة بك. توجد معلومات الاتصال بالوكالة الخاصة بك على موقع Health Wisconsin Department of [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency) Services



## معلومات عن الشخص الذي تقدم للحصول على المساعدات

## القسم 1

الاسم - الشخص الذي تقدم للحصول على المساعدات (الأول، الأخير، الحرف الأول من الأوسط)

تاريخ الميلاد (إذا لم يكن لديك رقم حالة)

رقم الحالة (إذا كان لديك رقم)



## معلومات الخدمة العسكرية الأمريكية

## القسم 2

الاسم (الأول، الأخير، الحرف الأول من الأوسط)

تاريخ الميلاد

هذا الشخص:

- أحد قدامى المحاربين الذي تم تسريحهم بشرف.
- في الخدمة الفعلية. هذا لا يتضمن الخدمة الفعلية من أجل التدريب.
- زوجة لأحد قدامى المحاربين أو شخص في الخدمة الفعلية.
- طفل لأحد قدامى المحاربين أو شخص في الخدمة الفعلية. يجب أن يكون الطفل غير متزوج أو دون 18 عامًا.
- زوجة لأحد قدامى المحاربين باقية على قيد الحياة.

□ لا شيء مما سبق.



## بيانات التفاهم والتوقيع

القسم 3

بالتوقيع أدناه، أقر بأن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة ودقيقة إلى حد علمي وأفهم ما يلي:

- أن Wisconsin Department of Health Services تعرف المحارب القديم بأنه شخص تم تسريحه بشرف من الجيش الأمريكي بعد واحد مما يلي:
  - يخدم لمدة 24 شهرًا على الأقل
  - يخدم لمدة استدعاء الشخص للخدمة الفعلية
  - يخدم أقل من 24 شهرًا إلا أنه يتم تسريحه أو إعفائه من الخدمة الفعلية لإعاقة تعرض لها أو ازدادت خطورتها أثناء الخدمة
  - يخدم أقل من 24 شهرًا إلا أنه يتم تسريحه بسبب المشقة الأسرية
  - يخدم في جيش كومنولث الفلبين أو كرائد أثناء الحرب العالمية الثانية
- كما أقر بأنني أفهم أن Wisconsin Department of Health Services تحدد الزوجة الباقية على قيد الحياة بأنها شخص لم يتزوج منذ وفاة المحارب القديم وتستوفي أحد ما يلي:
  - تزوجت بالمحارب القديم لمدة سنة واحدة على الأقل.
  - تزوجت بالمحارب القديم في غضون 15 سنة من انتهاء الخدمة العسكرية للمحارب القديم
  - تزوجت من المحارب القديم لمدة زمنية وأنجبت منه طفلاً

تاريخ التوقيع

التوقيع – البالغ في أسرتك



الاسم الأول والأخير مطبوعاً

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

يلتزم Wisconsin Department of Health Services بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو نوع الجنس. لا يستبعد Department of Health Services الأشخاص أو يعاملهم على نحو مختلف بسبب النوع أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو نوع الجنس.

Department of Health Services:

- يوفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقات للتواصل بصورة فعالة معنا، مثل:
  - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - معلومات كتابية بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة، مواد صوتية، تنسيقات إلكترونية متيسرة، وغير ذلك من التنسيقات)
- يوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:
  - مترجمين مؤهلين
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، اتصل بـ (Department of Health Services civil rights coordinator) 844-201-6870

إذا كنت تعتقد أن Department of Health Services قد أخفق في توفير تلك الخدمات أو ميز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكن أن تتقدم بشكوى إلى: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, P.O. Box 7850, Madison, WI 53707-7850، TTY: 711، 4955-267608، Fax: 608-267-1434، [dhsrcc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsrcc@dhs.wisconsin.gov). يمكن أن تتقدم بشكوى شخصيًا أو بالبريد أو بالفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة للمساعدة في التقدم بشكوى، فإن Department of Health Services civil rights coordinator متاح لمساعدتك.

يمكن أيضًا أن تتقدم بشكوى إلكترونيًا لوزارة Department of Health and Human Services (وزارة الخدمات الصحية والبشرية)، مكتب Office for Civil Rights (مكتب الحقوق المدنية)، من خلال مكتب Office for Civil Rights Complaint Portal، المتوفر على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو بالبريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(رقم هاتف الصم والبكم) (TDD) 7697-537-800، 1019-368-800-1

تتوافر نماذج الشكاوى على الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> 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).	<b>ລາວ (Laotian)</b> ເຂົ້ນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 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)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> 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।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> 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).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> 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).	<b>Soomaali (Somali)</b> 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).

## تصريح عدم التمييز

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 المديرية 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 (800) 877-8339. إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA، طلب رقم (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 الرسالة بجميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف (866) 632-9992. 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 (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص