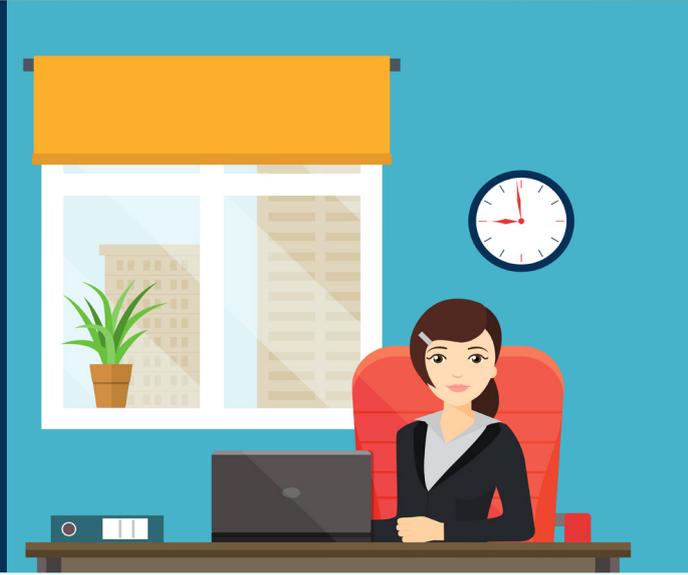




دليل التقدم

لبرامج Wisconsin المتعلقة بالصحة والتغذية وغيرها من البرامج



إذا كانت لديك إعاقة وبحاجة إلى هذه المعلومات بتنسيق مختلف أو بحاجة إلى ترجمتها للغة أخرى، أو لديك أية أسئلة عن حقوقك ومسؤولياتك، فاتصل بوكالتك (انظر الصفحة 15) أو اتصل بـ Member Services (خدمة الأعضاء) على الرقم 800-362-3002. جميع الخدمات اللغوية مجانية.

مرحبًا

هل تحتاج إلى المساعدة للحصول على تأمين صحي؟ هل أنت غير متأكد بخصوص كيفية السداد مقابل البقالة هذا الشهر؟ هل تحتاج إلى المساعدة في السداد مقابل تكاليف رعاية الأطفال عند الذهاب إلى المدرسة أو العمل أو برنامج تدريبي خاص بالعمل؟ هل تحتاج إلى المساعدة في العثور على وظيفة أو بناء مهاراتك لاتخاذ الخطوة التالية في حياتك المهنية؟

يخبرك هذا الدليل عن كيفية التقدم لمساعدات وبرامج Wisconsin المتعلقة بالصحة والتغذية وغيرها من المساعدات والبرامج. أي شخص يتقدم ويوجد أنه مؤهل، سيحصل على مساعدات أو سيتم تسجيله في أحد البرامج.



الرعاية الصحية



رعاية الأطفال



التغذية



التوظيف



المحتويات

4	المساعدات والبرامج
7	كيفية التقدم
8	ما الذي تحتاجه للتقدم
9	المساعدة والنصائح
10	تقديم الدليل
14	الخطابات التي ستحصل عليها
15	المصادر وجهات الاتصال
17	حقوقك في جلسة استماع عادلة
20	جمع واستخدام المعلومات والخصوصية

المساعدات والبرامج

تتوفر المساعدات والبرامج التالية لدى Wisconsin للمساعدة في الصحة والتغذية ورعاية الأطفال والتوظيف. للتعرف على معلومات أكثر تفصيلاً عن كل برنامج، تفضل بزيارة:

■ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm

■ <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>

■ <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>

قد تكون هناك مصادر أخرى متوفرة للأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة تتجاوز المساعدات والبرامج المذكورة في هذا الدليل. فاتصل بوكالتك أو 211 للتعرف على المزيد من المعلومات. انظر الصفحة 15 للتعرف على معلومات الاتصال بوكالتك.

BadgerCare Plus

يوفر BadgerCare Plus تغطية الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الدخل المحدود الذين تتراوح أعمارهم بين 0-64 عامًا.

برنامج BadgerCare Plus Prenatal Plan

يوفر برنامج BadgerCare Plus Prenatal Plan تغطية الرعاية الصحية ذات الصلة بالحمل للنساء الحوامل غير المؤهلات لـ BadgerCare Plus بسبب حالة هجرتهن أو بسبب تواجدهن في السجن أو المحبس.

Badger Care Plus Emergency Services

توفر BadgerCare Plus Emergency Services تغطية رعاية صحية محدودة في بعض الحالات للأشخاص غير المؤهلين لـ BadgerCare Plus بسبب حالة هجرتهن أو مواطنتهن إلا أنهم في حاجة إلى رعاية طبية عاجلة.

Family Planning Only Services

يزود برنامج Family Planning Only Services الرجال والنساء بخدمات محددة ذات صلة بتنظيم الأسرة بالإضافة إلى مستلزمات لمنع حالات الحمل غير المنظمة.

FoodShare

يعمل FoodShare Wisconsin، المعروف أيضًا بـ SNAP (ومعناه برنامج المساعدة في التغذية التكميلية)، على مساعدة الأشخاص ذوي الدخل المحدود في شراء الطعام الذي يحتاجونه للاستمتاع بصحة جيدة.

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

يوفر Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled تغطية الرعاية الصحية للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا فما فوق، الأكفأ أو المعاقين، وذوي الدخل أو الأصول المحدودة. ويتضمن ذلك خطط تغطية الرعاية الصحية التالية:

■ Supplemental Security Income (SSI) Medicaid

■ Medicaid ذات الصلة SSL

■ Medicaid Purchase Plan

■ Wisconsin Well Woman Medicaid

■ الرعاية طويلة الأجل، ومنها Family Care و Family Care

(IRIS (Include, Respect, I Self-Direct و Partnership

Program of All-Inclusive و (تضمنين، احترام، أنا موجه ذاتيًا) و

Care for the Elderly (PACE), Institutional Medicaid

Katie Beckett و

Family Care

توفر Family Care خدمات الرعاية طويلة الأجل للكبار الذين تتجاوز أعمارهم 65 عامًا والكبار ذوي الإعاقات الجسدية أو الخلقية أو الفكرية حتى يتمكنوا من العيش في منزلهم عند الإمكان.

Family Care Partnership

توفر Family Care Partnership خدمات الرعاية طويلة الأجل والرعاية الصحية والأدوية الموصوفة للكبار الذين تتجاوز أعمارهم 65 عامًا والكبار ذوي الإعاقات الخلقية أو الفكرية أو الجسدية لمساعدتهم على العيش في مجتمعهم بأكبر قدر من الاستقلالية.

برنامج IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (تضمن، احترام، أنا موجه ذاتيًا)

يسمح IRIS للكبار البالغين من العمر 18 عامًا فما فوق والذين في حاجة للدعم طويل الأجل بإدارة خدمات الرعاية طويلة الأجل الخاصة بهم.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

يوفر PACE الرعاية طويلة الأجل وتغطية الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا فما فوق الذين يعيشون في مقاطعة ميلواكي أو واوكيشا.

Institutional Medicaid (المستشفى، دار الرعاية، مؤسسات الأمراض العقلية)

توفر Institutional Medicaid تغطية الرعاية الصحية وخدمات الرعاية طويلة الأجل للأشخاص الذين يعيشون إما في مؤسسة لمدة 30 يومًا أو أكثر على التوالي أو المتوقع أن يعيشوا في مؤسسة لمدة 30 يومًا أو أكثر على التوالي.

Katie Beckett Medicaid

يوفر برنامج Katie Beckett تغطية الرعاية الصحية للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 19 عامًا ذوي الإعاقات طويلة الأجل أو الاحتياجات الطبية المعقدة والذين يعيشون مع أسرهم.

برامج مدخرات Medicare

تساعد برامج مدخرات Medicare الأشخاص المسجلين في Medicare على سداد تكاليف Medicare محددة، بناءً على دخولهم وأصولهم.

Qualified Medicare Beneficiary

ستقوم Medicaid بسداد أقساط الجزء (أ) والجزء (ب) من Medicare وتأمين Medicare المشترك والاقتراعات.

Specified Low Income Medicare Beneficiary

ستقوم Medicaid بسداد أقساط الجزء (ب) من Medicare.

Qualified Individual Group 1 (يُطلق عليها أيضًا Specified Low Income Beneficiary Plus)

ستقوم Medicaid بسداد أقساط الجزء (ب) من Medicare.

Qualified Disabled and Working Individual

ستقوم Medicaid بسداد أقساط الجزء (أ).



SeniorCare

تساعد SeniorCare في السداد مقابل الأدوية الموصوفة للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فما فوق.

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

يغطي Tuberculosis-Related Services Only Benefit الخدمات ذات الصلة بمرض السل للأشخاص الذين تم تشخيص حالتهم بالسل إلا أنهم غير مؤهلين لـ Medicaid.

Caretaker Supplement

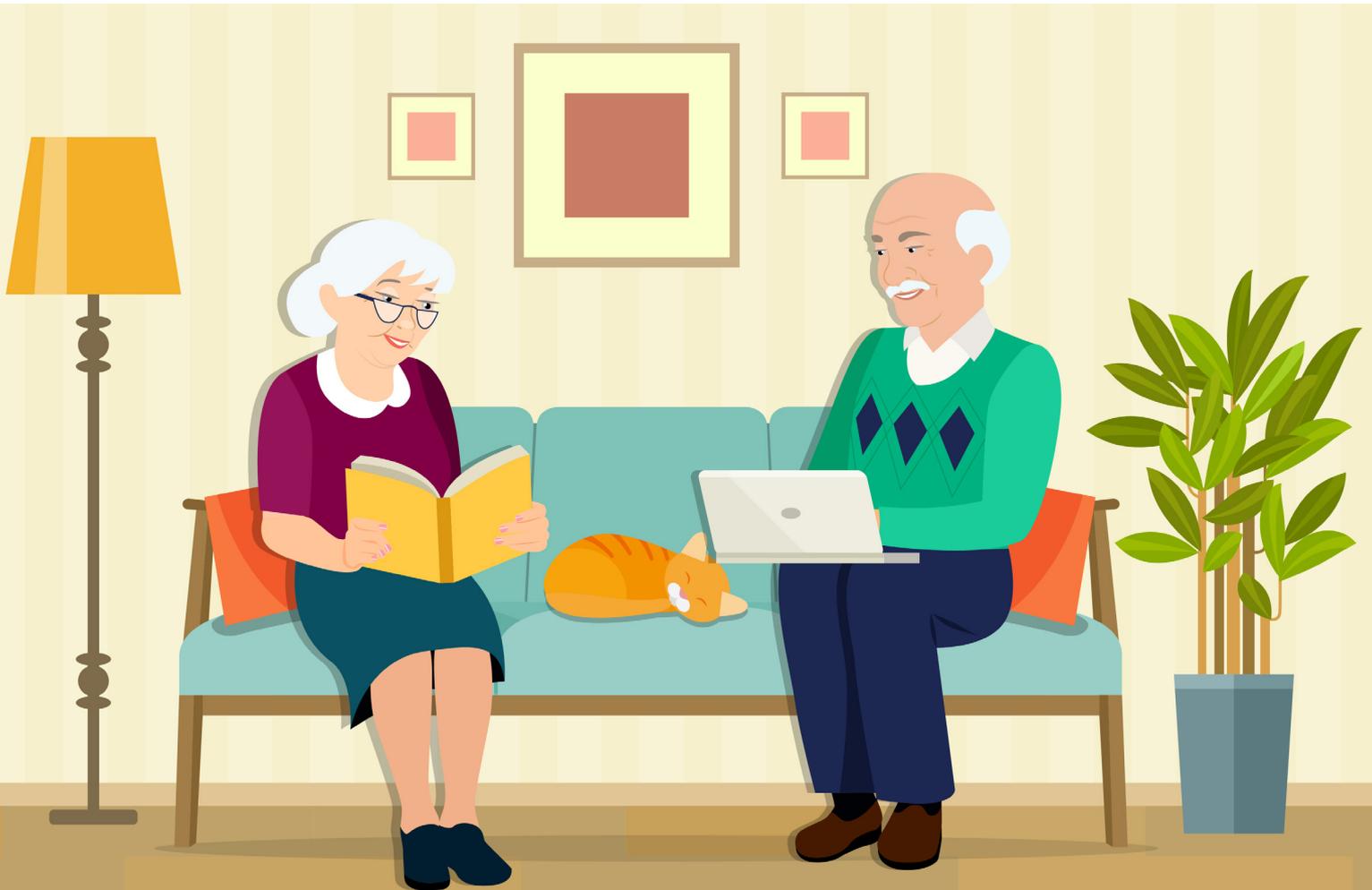
Caretaker Supplement هي مساعدة نقدية لأولياء الأمور ذوي الدخل المنخفض الذين يحصلون على مبالغ SSI والذين يعيشون مع أطفالهم ويعتنون بهم.

Wisconsin Shares Child Care Subsidy برنامج

يساعد برنامج Wisconsin Shares Child Care Subsidy الأسر ذات الدخل المنخفض على السداد مقابل رعاية أطفالهم حتى يتمكن أولياء الأمور أو غيرهم من القائمين بأعمال الرعاية المعتمدين من العمل أو الذهاب إلى المدرسة أو المشاركة في برامج معتمدة للتدريب على العمل.

Wisconsin Works (W-2)

W-2 هو برنامج محدود الوقت يوفر المساعدة النقدية المؤقتة وخدمات إدارة الحالات لأولياء الأمور ذوي الدخل المنخفضة والنساء الحوامل. وهو برنامج عمل للكبار الراغبين في المشاركة في أنشطة العمل.



كيفية التقدم

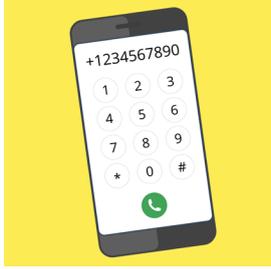
يمكنك التقدم للمساعدات والبرامج عبر الإنترنت أو عبر الهاتف أو بالبريد أو بشكل شخصي في وكالتك. وإذا كنت تقرأ أو تكتب بلغة خلاف الإنجليزية أو الأسبانية، فستحتاج إلى التقدم عن طريق الاتصال بوكالتك وتقديم طلب ورقي.

خدمات المساعدة اللغوية، بما في ذلك الترجمة الخطية أو المترجم الشفوي، مجانية. فاتصل بوكالتك للمساعدة. انظر الصفحة 15 للتعرف على معلومات الاتصال بوكالتك.



عبر الإنترنت: تتوفر المساعدة باللغة الإنجليزية والأسبانية فقط

اذهب إلى access.wisconsin.gov. اختر "Apply for Benefits" ("التقدم للمساعدات"). ويمكنك التعرف على المساعدات أو البرامج المتعلقة بالصحة والتغذية وغيرها من المساعدات أو البرامج التي قد تحصل عليها بناءً على المعلومات التي تقدمها. كما يمكنك إعداد حساب ACCESS للتحقق من حالة طلبك عبر الإنترنت.



الهاتف

اتصل بوكالتك للتقدم عبر الهاتف. انظر الصفحة 15 للتعرف على معلومات الاتصال بوكالتك.



البريد أو الفاكس

اطبع الطلب الورقي بلغتك.

- اذهب إلى **BadgerCare Plus and Family Planning Only Services**: www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm
- اذهب إلى **FoodShare**: www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm
- اذهب إلى **Medicaid**: www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm
- اذهب إلى **SeniorCare**: www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm

اتبع التعليمات الموجودة في الطلب لإرساله. إذا كنت ترسل الطلب عن طريق الفاكس، فتأكد من إرسال كلا وجهي الطلب.



بصفة شخصية

اذهب إلى وكالتك، وسيساعدك العامل في تعبئة الطلب الورقي أو التقدم عبر الإنترنت. انظر الصفحة 15 للتعرف على معلومات الاتصال بوكالتك.

ما الذي تحتاجه للتقدم

عندما تتقدم للمساعدات أو البرامج، قد تُطالب بتوفير بعض من أو كل المعلومات التالية لكل شخص متقدم. وتوفير هذه المعلومات عندما تتقدم سيجعل التقدم أكثر سهولة وأسرع.



المساعدة والنصائح

أشياء يجب تذكرها عند التقدم

- تتسم البرامج بحدود دخل وقواعد تسجيل مختلفة. والطريقة الوحيدة لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً بالفعل أم لا هي التقدم. إذا كنت ترغب في معرفة إذا ما كنت مؤهلاً قبل التقدم أم لا، فإذهب إلى access.wisconsin.gov واختر "Am I Eligible?" ("هل أنا مؤهل؟") حيث سَطرَح عليك أسئلة لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً أم لا.
- إذا كنت ترغب في معرفة حدود الدخل الحالية للبرنامج، فإذهب إلى www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.
- إذا كنت تتقدم لـ FoodShare، فيجب أن تكمل المقابلة الشخصية. ويمكنك إجراء المقابلة الشخصية عبر الهاتف أو بصفة شخصية في وكالتك. ويمكنك الاتصال بوكالتك بعد تقديم طلبك عبر الإنترنت.
- بالنسبة لـ Medicaid وCaretaker Supplement، يجب عليك توفير معلومات الأصول، وقد تحتاج إلى تقديم دليل على هذه الأصول. فوفر قوائمك البنكية لجعل التقدم أكثر سهولة وأسرع.

الحصول على المساعدة من الآخرين

يمكن لأي شخص، كصديق أو قريب أو جار، مساعدتك في التقدم للمساعدات. وإذا كنت ترغب في قيام شخص ما أو منظمة ما بمساعدتك في التقدم للحصول على مساعداتك أو إدارتها، فستحتاج أنت أو المحكمة إلى تعيينهم للتصرف بالنيابة عنك. وفيما يلي الممثلين الذين يمكن تعيينهم للتصرف بالنيابة عنك.

الممثلون المعتمدون

الممثل المعتمد هو شخص ما أو منظمة ما تعينه أو تعينها لمساعدتك في التقدم للمساعدات أو البرامج الخاصة بك وإدارتها.

يمكنك تعيين شخص ما بصفته ممثلك المعتمد عن طريق استكمال نموذج Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (تعيين أو تغيير أو حذف الممثل المعتمد: شخص، F-10126A. اذهب إلى www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm للحصول على النموذج.

يمكنك تعيين منظمة ما بصفتها ممثلك المعتمد عن طريق استكمال نموذج Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (تعيين أو تغيير أو حذف الممثل المعتمد: منظمة، F-10126B. اذهب إلى www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm للحصول على النموذج.

ممثلون آخرون

يمكن للأمناء، وأوصياء قانونيين محددين مثل الوصي القانوني على العقارات، والتوكيلات الرسمية المحددة مثل التوكيل الرسمي المالي، التصرف أيضاً كممثل لك ومساعدتك في التقدم للمساعدات والبرامج الخاصة بك وإدارتها. وقد يطالبون بتوفير المستندات المتعلقة بحالتهم بصفتهم ممثلين لك.

للمزيد من المعلومات عن الممثلين، اذهب إلى: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm



تقديم الدليل

بعد أن تتقدم للمساعدات أو البرامج، قد تضطر إلى توفير معلومات إضافية أو دليل. وسيصلك خطاب يخبرك بماهية المعلومات التي يجب أن تقدمها كدليل بمجرد أن تراجع وكالتك الطلب الخاص بك.

فيما يلي قائمة تحتوي على أمثلة بالأدلة. وفي بعض الحالات، قد تحصل وكالتك على دليل من مصادر أخرى، ولن تضطر إلى توفيره. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة للحصول على الدليل، فاتصل بوكالتك.

يمكنك تقديم الدليل من خلال تطبيق المحمول MyACCESS، أو عن طريق البريد أو الفاكس.

أسهل طريقة لتقديم الدليل هي باستخدام تطبيق المحمول MyACCESS. ويمكنك تنزيل التطبيق من App Store أو Google Play مجانًا. يتوفر التطبيق باللغة الإنجليزية والأسبانية فقط.

دليل الإعاقة

- خطاب اعتماد من Disability Determination Bureau
- خطاب منح من إدارة الضمان الاجتماعي

دليل الهوية

- جواز سفر أمريكي ساري
- رخصة قيادة سارية بالولاية أو بطاقة هوية بالولاية
- هوية المدرسة مزودة بصورة
- هوية الموظف مزودة بصورة
- بطاقة هوية تابعة للجيش
- هوية الجيش أو مسودة سجل
- مستند تسجيل قبيلة أمريكية أصلية
- بالنسبة للأطفال الأصغر سنًا من 18 عامًا المتقدمين لـ BadgerCare Plus أو Medicaid، نموذج Statement of Identity (إقرار بالهوية)، F-10154 (يمكنك الاتصال بوكالتك بخصوص هذا النموذج).
- هوية U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) مزودة بصورة

دليل آخر/إضافي على الهوية - FoodShare فقط

- شهادة الميلاد
- قيد الميلاد بالمستشفى
- قيد التبني
- شيك الراتب أو كعوب شيكات الراتب
- Application for a Social Security Card (طلب الحصول على بطاقة ضمان اجتماعي) كامل، SS-5
- تأكيد أو أوراق عضوية كنسية
- بطاقة تسجيل الناخب
- قيد عائلي (سجلات المواليد أو النسب أو إعلان ميلاد بصحيفة أو رخصة زواج أو أوراق داعمة أو أوراق طلاق)
- بوليصة تأمين على الحياة
- هوية برنامج آخر يقدم الخدمات الاجتماعية
- سجلات اتحاد العمال أو منظمة أخوية
- أمر من المحكمة بتغيير الاسم

دليل آخر/إضافي على الهوية - Health Care FoodShare

السجلات الطبية (شهادة التحصين، سجلات الطبيب أو العيادة، الفواتير)

دليل على سداد أو الحصول على دعم الطفل و/أو نفقة الزوجة المطلقة

- أمر المحكمة
- سجل السداد من ولاية أخرى

دليل الأصول

- القوائم البنكية
- سندات الملكية
- العقود
- السندات
- السجلات المالية
- بواليص التأمين على الحياة

دليل دخل الوظيفة

- كعوب شيكات الراتب عن آخر 30 يومًا
- نموذج (Employer Verification of Earnings (EVF-E) (التحقق من إيرادات الموظف)، F-10146 (يمكنك الاتصال بوكالتك بخصوص هذا النموذج. ويجب على صاحب العمل المسؤول عنك استكمال هذا النموذج وتوقيعه. أعد النموذج المكتمل إلى العنوان الموجود في النموذج).
- خطاب من صاحب العمل المسؤول عنك (إذا اخترت الخطاب، فيجب أن يتضمن نفس المعلومات الموجودة في النموذج (EVF-E).

دليل دخل العمل الحر

- نسخ من النماذج الضريبية
- نموذج Self-Employment Income Report (تقرير دخل العمل الحر)، F-00107، أو نموذج Self-Employment Income Report: Farm Business (تقرير دخل العمل الحر: أعمال زراعية)، F-00219 (يمكنك الاتصال بوكالتك بخصوص هذه النماذج. ولا تُستخدم هذه النماذج إلا إذا لم تكن قد أرسلت الضرائب الخاصة بعملك الحر بعد).

دليل المواطنة الأمريكية للكبار والأطفال

- جواز سفر أمريكي ساري
- نسخة مصدقة من شهادة ميلاد أمريكية
- بطاقة هوية المواطنة
- Certificate of Citizenship or Naturalization (شهادة المواطنة أو التجنس)
- أوراق التبنّي
- السجل العسكري، سجل المستشفى، سجل المدرسة، سجل التأمين، أو سجل دار الرعاية الذي يوضح محل الميلاد الأمريكي
- بطاقة هوية أمريكية أصلية أو مستند آخر صادر عن قبيلة معروفة على المستوى الفيدرالي

دليل حالة الهجرة (إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا)

- بطاقة الإقامة الدائمة أو البطاقة "الخضراء"
- Certificate of Naturalization (شهادة التجنس)
- أي مستندات صادرة عن دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية (USCIS)، رقم سجل الأجانب ("أ")، أو رقم الدائرة.

دليل عضوية القبيلة و/أو الانحدار من سكان أمريكا الأصليين أو ألاسكا الأصليين

- بطاقة تسجيل القبيلة
- تأكيد أو مستند خطي صادر عن القبيلة يشير إلى التبعية القبلية
- Certificate of Degree of Indian Blood (شهادة بدرجة دم الهنود) صادرة عن Bureau of Indian Affairs (مكتب شؤون الهنود)
- مستند التعداد القبلي
- شهادات الميلاد أو السجلات الطبية أو غيرها التي توضح أن الشخص طفل أو حفيد لأحد أعضاء القبيلة
- السجلات الطبية أو المستندات الأخرى التي توضح أهلية الشخص للخدمات من أحد موفري الرعاية الصحية للهنود أو أنه حصل على هذه الخدمات

ملاحظة: الأفراد المشردون والأسر المشردة ليسوا مضطرين إلى تقديم تأكيد لعناوين منازلهم ولكن يجب التصديق على أنهم يعيشون في ولاية Wisconsin ويخططون لمواصلة العيش بها.

دليل التعليم

- الجدول الدراسي
- بطاقة التقرير

دليل التكاليف الطبية

- بيان بالفواتير أو إيصالات مفصلة
- بطاقة Medicare توضح تغطية الجزء (ب)
- بوليصة تأمين صحي توضح القسط أو التأمين المشترك أو السداد المشترك أو الاقتطاعات
- زجاجة الدواء أو الحبوب المتضمنة للسعر على الملصق

دليل خصومات ما قبل الضريبة

- كعوب شيكات الراتب
- خطاب من صاحب العمل

دليل الخصومات الضريبية

- الإيصالات
- القوائم البنكية
- كعوب شيكات الراتب
- النماذج الضريبية للعام الماضي

دليل الدخل الأخرى

ملاحظة: من أمثلة الدخل الأخرى نفقة الزوجة المطلقة ودعم الطفل وراتب الإعاقة أو الأجازة المرضية والفوائد أو الأرباح ومساعدات قدامى المحاربين وتعويض العمال وتأمين البطالة.

- بيان التقاعد
- نسخة من الشيك الحالي
- خطاب منح Unemployment Compensation (تعويض البطالة)
- مستندات الطلاق التي توضح التسوية المالية أو بدل الإعاقة أو الدعم الأسري أو دعم الطفل
- مستندات التسوية التي حكمت بها المحكمة
- خطاب منح الضمان الاجتماعي
- خطاب منح Veterans Affairs
- خطاب منح التعويض
- خطاب منح المساعدة المالية
- السجلات الضريبية التي توضح الدخل غير المكتسب
- مستندات من أي مصدر آخر للدخل
- دليل سداد Kinship Care, Foster Care, or Subsidized Guardian (رعاية ذوي القربى أو الرعاية البديلة أو الوصي المدعوم) أو سداد القائمين بأعمال الرعاية المؤقتة (قد يكون تأكيد شفوي أو خطي من وكالة الخدمات الوقائية للطفل)

دليل الإقامة في Wisconsin

- عقد إيجار أو إيصال أو خطاب من المالك يحتوي على العنوان الحالي
- إيصال رهن يحتوي على العنوان الحالي
- فاتورة المرافق و/أو الهاتف تحتوي على العنوان الحالي
- كعوب شيكات الراتب تحتوي على الاسم والعنوان الحالي وصاحب العمل
- مستند اعتماد برنامج الإسكان المدعوم
- مستند اعتماد برنامج Weatherization
- رخصة قيادة حالية بولاية Wisconsin
- بطاقة هوية حالية بولاية Wisconsin
- سجل حالي لدراسة بخارية

دليل العجز عن رعاية الطفل والمشاركة في نشاط

معتمد

خطاب من طبيب أو طبيب أطفال أو طبيب نفسي يقر بعجز ولي الأمر عن رعاية الأطفال وعجزه عن المشاركة في نشاط معتمد

دليل تكاليف رعاية الطفل

- بيان خطي من موفر خدمة رعاية الطفل
- شيك ملغي
- إيصال مسدد أو فاتورة مسددة

دليل نفقات المأوى و/أو المرافق

- سجلات سداد الرهن
- إيصال الإيجار
- إقرار من المالك
- عقد إيجار
- اعتماد إسكان HUD المدعوم
- الإقرار الضريبي للممتلكات
- فاتورة المرافق
- إقرار من شركة المرافق
- فاتورة الهاتف
- بوليصة تأمين على صاحب المنزل أو بيان بالفواتير
- WHEAP/LIHEAP أو غيرها من المساعدات الطارئة



Close

#123456 EARNINGS STATEMENT

ABC Company
123 Main Street
Anytown, WI 55555

Pay Period: MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY
Pay Date: MM/DD/YYYY

Marital Status: Single
Exemptions: 1

Employee ID: 9876
SSN: 000-00-0000

EARNINGS	RATE	HOURS	TOTAL	YTD TOTAL
Salary	XX.XX	XX	XXXX.XX	XXXX.XX
Overtime	XX.XX	XX	XX.XX	XXXX.XX
Holiday	XX.XX	XX	XX.XX	XXXX.XX
Vacation	XX.XX	XX	XX.XX	XXXX.XX
GROSS PAY			XXXX.XX	



استخدم تطبيق MyACCESS لالتقاط صور للدليل الخاص بك وتقديمها.

الخطابات التي ستحصل عليها

بعد أن تتقدم، ستحصل على خطابات بالبريد. وستخبرك هذه الخطابات بحالة المساعدات والبرامج الخاصة بك وإذا ما كانت الوكالة في انتظار أي شيء منك أم لا. قد تضطر إلى توفير المزيد من المعلومات أو استكمال أحد المهام أو تقديم دليل على إجاباتك. لذا، فمن الضروري أن تقرأ كل خطاب تحصل عليه.

يمكنك اختيار الحصول على الخطابات عبر الإنترنت بدلاً من الحصول عليها عن طريق البريد المعتاد. لتحديد هذا الخيار، سجل الدخول إلى حساب ACCESS الخاص بك على access.wisconsin.gov. وإذا لم يكن لديك حساب ACCESS، فيمكنك إنشاء واحد للاطلاع على خطاباتك والمعلومات المتعلقة بالمساعدات والبرامج الخاصة بك عبر الإنترنت.

CDPU
CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234

Mailing Date: MM/DD/YYYY

000001

ANNA MEMBER
123 MAIN STREET
ANYTOWN WI 55555

State of Wisconsin

CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234

Mailing Date: MM/DD/YYYY

000001
ANNA MEMBER
123 MAIN STREET
ANYTOWN, WI 55555

State of Wisconsin
Case #: 1234567890

ABC Consortium
1-234-567-8901 for questions or
to report changes
1-234-567-8901 to fax proof

The State of Wisconsin is an equal opportunity service provider. This letter contains information that affects your benefits. If you need this material in a different format because of a disability or if you need this letter translated or explained in your own language, please call 1-234-567-8901. These services are free.

Notice of Action, Proof and Information

To get or keep **FoodShare and BadgerCare Plus** you need to take action. Provide information by the due dates listed below. The action you need to provide is listed on the next few pages along with examples. If you do not provide the information, your benefits will be denied, decreased, or ended.

To make sure your benefits get processed as quickly as possible, use the information on the next few pages to the end of this notice.

Program(s)	Due Date	Contact Information
FoodShare; BadgerCare Plus	DATE	ABC Consortium Worker: IM/... Phone #: 1-... Fax #: (12) ... Use fax #

About Your Benefits

This letter tells you about your benefits. If you have a question, please call the agency above. If you would like to get letters like this online instead of by regular mail, please see the Key Contacts at the end of this letter.

Which benefit?	Status of your benefits?
Health Care	You applied on DATE. Your application was approved for some of the people in your home. To find out who was approved and who was denied, see Your Health Care Benefits page.

If you don't agree with this decision, you have the right to a Fair Hearing. Please see the last page of this letter to learn more. You may also talk with the agency above.

Case: 1234567890 Date: MM/DD/YYYY Page X of X

المصادر وجهات الاتصال

المساعدات والبرامج

يمكن لوكالة مقاطعتك أو قبيلتك الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالمساعدات والبرامج، ومساعدتك في التقدم، وشرح قواعد التسجيل، ومساعدتك في استكمال مقابلة FoodShare الخاصة بك.

تنقسم وكالات المقاطعة في Wisconsin إلى 11 مجموعة مختلفة. ويُطلق على مجموعات الوكالات هذه الاتحادات.

توجد أيضًا تسع وكالات قبلية في Wisconsin. إذا كنت عضوًا بأحد القبائل، فاتصل بوكالة قبيلتك. وإذا لم يكن لقبيلتك وكالة، فاتصل بالوكالة الموجودة بالمقاطعة التي تعيش فيها.

يتضمن الجدول التالي الاتحادات والقبائل مرتبة أبجديًا ويحتوي على رقم هاتف كل اتحاد أو قبيلة بالإضافة إلى المقاطعات التي تشكل كل اتحاد. اتصل برقم الاتحاد الرئيسي للتحدث إلى وكالتك. على سبيل المثال، إذا كنت تعيش في مقاطعة غرين ليك، فيمكنك الاتصال بـ 888-256-4563.

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians		715-682-7127
Bay Lake		888-794-5747
Brown Door	• Marinette • Oconto	Shawano
Capital		888-794-5556
Adams Columbia	• Dane • Dodge	• Juneau • Richland
Central		888-445-1621
Langlade	• Marathon	• Oneida
East Central Income Maintenance Partnership		888-256-4563
Calumet Green Lake Kewaunee	• Manitowoc Marquette Outagamie	Waupaca Waushara Winnebago
Forest County Potawatomi Community		715-478-4433
Great Rivers		888-283-0012
Barron Burnett Chippewa	• Douglas • Dunn Eau Claire	• Pierce • Polk • St. Croix
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin		715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians		715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin		715-799-5137

MILES		888-947-6583
Milwaukee		
Moraine Lakes		888-446-1239
Fond du Lac Ozaukee	Walworth • Washington	Waukesha
Northern		888-794-5722
Ashland Bayfield Florence	• Forest • Iron • Lincoln	• Price • Rusk • Sawyer • Taylor • Vilas • Wood
Oneida Nation		800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa		715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community		715-478-3265
Southern		888-794-5780
Crawford Grant	• Green • Iowa	• Jefferson • Lafayette Rock •
Stockbridge-Munsee Community		715-793-4032
Western Region for Economic Assistance		888-627-0430
Buffalo Clark	• Jackson • La Crosse	• Monroe • Pepin • Trempealeau • Vernon
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)		888-794-5820
Kenosha	• Racine	•

خدمات الرعاية الصحية

للأسئلة المتعلقة بالخدمات التي تشملها Medicaid و BadgerCare Plus، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 800-362-3002.

SeniorCare

للأسئلة المتعلقة بـ SeniorCare، اتصل بالخط الساخن لخدمة عملاء SeniorCare على الرقم 800-657-2038.

إذا كنت كبير في السن أو لديك إعاقة، فيمكن لمركز موارد المسنين وذوي الإعاقة المحلي الخاص بك (ADRC) توفير معلومات عن مجموعة كبيرة من البرامج والخدمات ومساعدتك على فهم خيارات الرعاية طويلة-الأجل المتوفرة لك. للاطلاع على معلومات مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة المحلي الخاص بك، اذهب إلى www.FindMyADRC.com.

حقوقك في جلسة استماع عادلة

إذا تم رفض المساعدات الخاصة بك أو تخفيضها أو إنهاؤها في أي وقت، وكنت تعتقد أن وكالتك ارتكبت خطأً، فاتصل بوكالتك. وإذا رفضت وكالتك، فيمكنك طلب المساعدة من العامل التابع للوكالة في طلب مؤتمراً ما قبل جلسة الاستماع وجلسة استماع عادلة.

مؤتمراً ما قبل جلسة الاستماع

قد تتمكن من التوصل إلى اتفاق مع الوكالة من خلال مؤتمراً ما قبل الاستماع دون الحاجة إلى انتظار عقد جلسة الاستماع العادلة. وفي المؤتمراً، ستخبر القصة من جانبك.

ستشرح وكالتك سبب اتخاذ الإجراء. وإذا وجدت الوكالة أنها ارتكبت خطأً، فستقوم بتغيير قرارها واتخاذ إجراء تصحيحي. وإذا قررت الوكالة أن قرارها الأولي كان صحيحاً واستمر شعورك بخطأ الوكالة، فمن حقوقك خوض عملية جلسة الاستماع العادلة.

ملاحظة: الموافقة على عقد مؤتمراً ما قبل جلسة الاستماع لا يؤثر على حقوقك في الحصول على جلسة استماع عادلة. ويمكنك طلب جلسة استماع عادلة، وإذا اقتنعت بقرار مؤتمراً ما قبل جلسة الاستماع، فيمكنك إلغاء جلسة الاستماع العادلة.

جلسة الاستماع العادلة

تمنحك جلسة الاستماع العادلة الفرصة لإخبار مسؤول جلسة الاستماع بسبب اعتقادك بخطأ القرار المتعلق بطلبك أو مساعداتك. وفي جلسة الاستماع، سيستمع مسؤول جلسة الاستماع إليك وإلى الوكالة لاكتشاف إذا ما كان القرار صحيحاً أم خاطئاً. يمكنك إحضار أحد الأصدقاء أو أفراد الأسرة معك إلى جلسة الاستماع. كما يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية. انظر قسم المساعدة القانونية في الصفحة 19 لمعرفة المزيد.

متى تستخدم عملية جلسة الاستماع العادلة

- تتضمن أمثلة وقت استخدام جلسة الاستماع العادلة ما يلي:
- اعتقادك بأنه قد تم رفض طلبك بشكل غير منصف أو بالخطأ.
- تعليق المساعدات الخاصة بك أو تخفيضها أو إنهاؤها، واعتقادك بوجود خطأ.
- عدم موافقتك على مبلغ المساعدات التي تحصل عليها.
- عدم التصرف بناءً على طلبك في غضون 30 يوماً.

اقرأ كل خطاب يصلك بدقة لمساعدتك على فهم الإجراء المتخذ. وإذا كان سبب التغيير في مساعداتك هو تغيير في قاعدة فيدرالية أو حكومية، فلن يكون Division of Hearings and Appeals مطالب بمنحك جلسة استماع عادلة.

كيفية طلب الحصول على جلسة استماع عادلة

اطلب من وكالتك مساعدتك في تقديم طلب للحصول على جلسة استماع عادلة، أو اكتب مباشرةً إلى:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

يمكنك الحصول على نموذج Fair Hearing Request (طلب جلسة استماع عادلة) عبر الإنترنت على www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm أو عن طريق الاتصال بالرقم 608-266-7709.

إذا اخترت كتابة خطاب بدلاً من النموذج، فيجب أن تضمن كل المعلومات التالية:

- اسمك
- عنوان المراسلات الخاص بك
- وصف مختصر للمشكلة
- اسم الوكالة التي اتخذت الإجراء أو رفضت الخدمة
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك
- توقيعك

بالنسبة لـ FoodShare، يمكن لوكالتك أخذ طلبك شفويًا.

بالنسبة للرعاية الصحية، يجب تقديم طلب جلسة الاستماع العادلة في موعد أقصاه 45 يومًا من تاريخ الإجراء المستأنف. وبالنسبة لـ FoodShare، يجب تقديم الطلب في موعد أقصاه 90 يومًا من تاريخ الإجراء المستأنف. يمكنك طلب جلسة استماع عادلة في أي وقت أثناء حصولك على مساعدات FoodShare إذا لم توافق على مبلغ المساعدة. وسيحتوي أحدث خطابات تسجيلك على التاريخ الذي يجب أن تطلب الحصول على جلسة استماع بحلوله.

سيصلك أنت وممثلك المختار (إذا كان لديك ممثل) ووكالتك إخطار خطي قبل 10 أيام على الأقل من جلسة الاستماع يحتوي على وقت وتاريخ ومكان جلسة الاستماع.

استمرار المساعدات

إذا كنت تحصل على مساعدات وتطلب جلسة الاستماع قبل تغيير المساعدات، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المساعدات حتى اتخاذ مسؤول جلسة الاستماع للقرار.

إذا قرر مسؤول جلسة الاستماع أن قرار وكالتك تُحذف، كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى إعادة أو سداد المساعدات الإضافية التي حصلت عليها بين وقت طلبك جلسة الاستماع ووقت اتخاذ مسؤول جلسة الاستماع لقرار بخصوص حالتك.

إذا طلبت جلسة استماع عادلة، فلا تزال في حاجة إلى استكمال أي تجديدات مقررة. وإذا أخبرتك وكالتك قبل انعقاد جلسة الاستماع العادلة بأن فترة تسجيلك قد انتهت، فيجب أن تعيد التقدم وتستوفي كل قواعد البرنامج لمتابعة مساعداتك. إذا أظهر التجديد وجود تغييرات في ظروفك، فقد يتم تغيير أو إنهاء مساعداتك بسبب هذه التغييرات.

الاستعداد لجلسة الاستماع العادلة

يحق لك إحضار شاهد أو محاميك أو مستشار آخر لجلسة الاستماع العادلة. لن تسدد Department of Health Services مقابل المساعدة القانونية لتمثيلك، إلا أنها قد تتمكن من مساعدتك في إيجاد مساعدة قانونية مجانية بخصوص الأسئلة أو التمثيل في جلسة الاستماع العادلة.

يحق لك مراجعة أي معلومات في ملف حالتك تم استخدامها لتحديد تسجيلك.

يحق لك أنت وممثلك ما يلي:

- سؤال أي شخص يدلي بشهادته في جلسة الاستماع العادلة.
- تقديم حججك والمواد الخطية التي توضح سبب اعتقادك بصحة ما تقول.
- تقديم دليل طبي لإثبات إذا ما كانت جلسة الاستماع العادلة تتعلق بعجزك من عدمه أو عدم قدرتك على العمل بسبب المرض أو الإصابة من عدمه. وستسدد وكالتك مقابل تكلفة الدليل الطبي.

إذا كنت غير قادر على تحدث اللغة الإنجليزية، فيحق لك طلب حضور مترجم في جلسة الاستماع. وقد يسدد Division of Hearings and Appeals مقابل الترجمة أو المترجمين إذا طلبت ذلك.

استئناف قرار جلسة الاستماع أو إعادة جلسة الاستماع

إذا لم توافق على قرار جلسة الاستماع أو إعادة جلسة الاستماع، فلا يزال بإمكانك استئناف هذا القرار أمام محكمة الدائرة بمقاطعتك. ويجب القيام بذلك في غضون 30 يومًا من تلقيك لقرار خطي بخصوص جلسة الاستماع العادلة أو في غضون 30 يومًا من رفض طلب إعادة جلسة الاستماع. ويجب تقديم الاستئناف أمام محكمة الدائرة عن طريق تقديم التماس لدى كاتب المحاكم في مقاطعتك. ويُفضل الحصول على مساعدة قانونية إذا قررت استئناف قرار جلسة الاستماع العادلة في محكمة الدائرة.

المساعدة القانونية

يمكنك الحصول على المساعدة القانونية من Wisconsin Judicare, Inc. أو Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW). للبحث عن المكتب الأقرب لك:

■ اتصل بـ Judicare على الرقم 800-472-1638، أو اذهب إلى www.judicare.org.

■ اتصل بـ LAW على الرقم 888-278-0633، أو اذهب إلى www.badgerlaw.net.

آثار جلسة الاستماع العادلة

إذا كان قرار جلسة الاستماع العادلة في صالحك، فلن تتخذ الوكالة أي قرار ضدك. وإذا تم إنهاء مساعداتك، فستبدأ في الحصول عليها من جديد. وسيتم إدراج التاريخ الذي ستبدأ فيه بالحصول على مساعداتك في الخطاب الذي يصلك بخصوص قرار جلسة الاستماع العادلة.

إذا كان قرار جلسة الاستماع العادلة ضدك، فسيتم تأكيد الإجراء، وستضطر إلى سداد أي مساعدات لم يكن من المفترض أن تحصل عليها. فاسأل وكالتك عن أي حدود تتعلق بسداد المساعدات.

لن يتم اتخاذ أي إجراء آخر ضدك بسبب تقديمك طلب جلسة الاستماع العادلة.

إعادة جلسة الاستماع

إذا لم توافق على قرار جلسة الاستماع العادلة، فيحق لك المطالبة بإعادة جلسة الاستماع في الحالات التالية:

- وجود إثبات جديد لم يكن معروفًا أو متوفرًا لك قبل جلسة الاستماع قد يغير القرار.
- الشعور بأنه كان هناك خطأ في حقائق القرار.
- إذا كنت تشعر بأنه كان هناك خطأ في الأساس القانوني للقرار.

يجب تقديم طلب خطي بإعادة جلسة الاستماع في غضون 20 يومًا من تاريخ القرار الخطي الصادر عن جلسة الاستماع العادلة. ثم سيقوم Division of Hearings and Appeals، في غضون 30 يومًا من تلقي الطلب الخطي، بتحديد إذا ما كنت ستحصل على إعادة لجلسة الاستماع أم لا. وإذا لم تصدر الوكالة ردًا خطيًا على طلبك في غضون 30 يومًا، يكون طلبك مرفوضًا.



جمع واستخدام المعلومات والخصوصية

إخطار عدم التمييز: التمييز مخالف للقانون - البرامج ذات الصلة بالرعاية الصحية

تمثل Wisconsin Department of Health Services لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المطبقة ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع. ولا تستثني Department of Health Services الأشخاص أو تعاملهم على نحو مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

The Department of Health Services:

- تقدم وسائل مساعدة وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات حتى يتواصلون بشكل فعال معنا، مثل:
 - مترجمو لغة إشارة مؤهلون
 - معلومات خطية بتنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تُعتبر الإنجليزية لغتهم الرئيسية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بمنسق الحقوق المدنية لدى Department of Health Services على الرقم 844-201-6870.

إذا كنت تعتقد أن Department of Health Services أخفقت في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع، فيمكنك تقديم تظلم لدى: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, Fax: 608-267-1434 أو إرسال بريد إلكتروني إلى dhsarc@dhs.wisconsin.gov. ويمكنك تقديم التظلم بشكل شخصي أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم التظلم، فإن منسق الحقوق المدنية لدى Department of Health Services متوفر لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal، المتوفرة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو بالبريد أو عبر الهاتف:

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

تتوفر نماذج الشكوى على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

بالنسبة إلى جميع برامج المساعدة الغذائية الأخرى في FNS ، يجب على الوكالات الحكومية أو المحلية، والمستلمين

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو الإعاقة، أو العمر، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على 2600-720 (202) (مكالمة صوتية أو مكالمة مخصصة للصم والبكم وTTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال الخدمة الفيدرالية للصم والبكم على 8339-877

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية 3027-Form AD، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، عن طريق الاتصال بالرقم 866(9992-632)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل 3027-AD إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

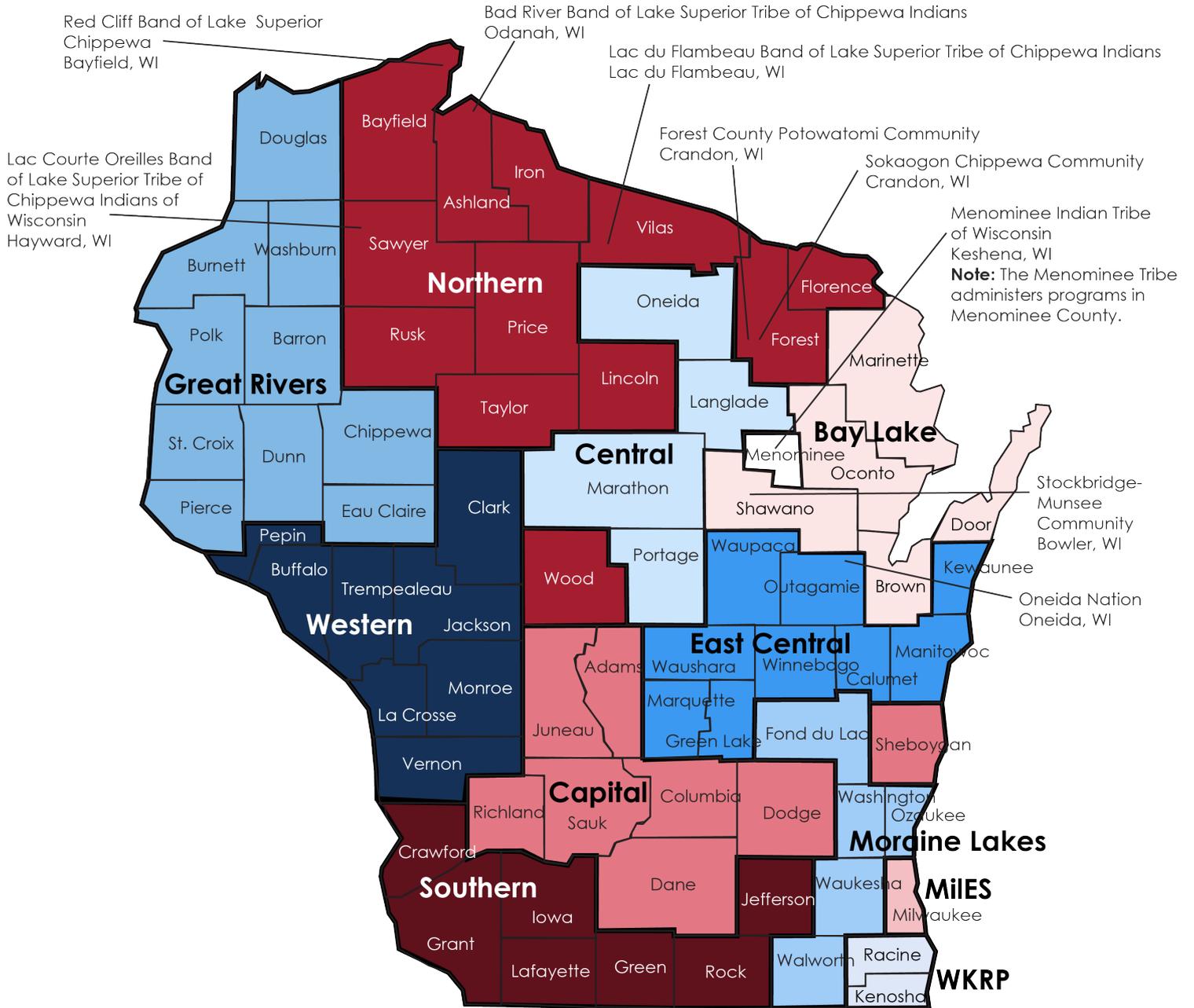
(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

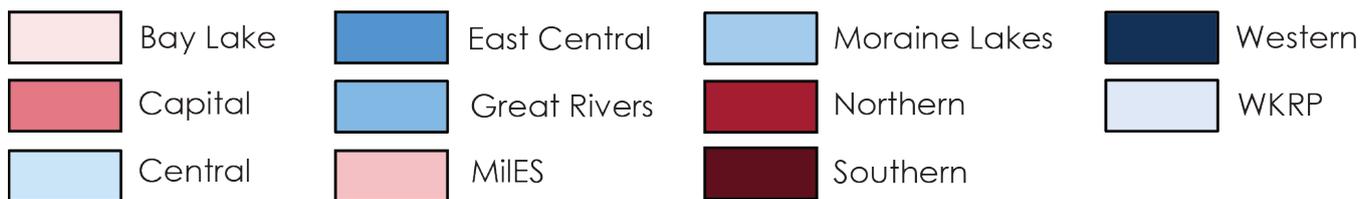
(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

هذه المؤسسة عبارة عن موفر خدمات قائم على تكافؤ الفرص.

صيانة الدخل الاتحادات والوكالات القبلية



Consortia:





WISCONSIN DEPARTMENT
of **HEALTH SERVICES**

P-16091AR
(03/2023)