



التعليمات:

اطبع هذا النموذج، فقط إذا كنت ترغب في تقديم استئناف (هذا طلب لعقد جلسة استماع) لبرنامج (المساعدات الغذائية المكملة- SNAP)، أو (العائلات أولاً- Families First)، أو (الرعاية الصحية للأطفال- Childcare) بمجرد الطباعة، امأ النموذج. يجب ملء النافذة التي تحمل علامة النجمة الحمراء (*). بمجرد إدخال جميع معلوماتك، يجب عليك التوقيع على النموذج وتاريخه. بمجرد توقيعك على النموذج وتاريخه، يجب عليك إرساله بالبريد أو الفاكس أو إرساله إلى إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية تينيسي، مكتب كاتب الاستئناف. توجد معلومات الاتصال الخاصة بهم في نهاية النموذج.

الاسم*

الاسم الأول

اسم العائلة

تاريخ الميلاد *

رقم الضمان الاجتماعي *

سنة

شهر

يوم

عنوان المنزل *

العنوان 1

العنوان 2

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

عنوان البريد (إذا كان مختلف عن عنوان المنزل)

العنوان 1

العنوان 2

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

يجب على موظفي (وزارة الخدمات الإنسانية والصحية في تينيسي - TDHS) التحقق من قسم النماذج على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

رقم (أو أرقام) الهاتف*

عنوان البريد الإلكتروني

أكد بريدك الإلكتروني

هل ستحتاج إلى مترجم فوري لجلسة الاستماع؟

نعم لا

لأي لغة؟

هل تحتاج إلى ترجمة المستندات؟

نعم لا

لأي لغة؟

هل ستحتاج إلى أماكن إقامة خاصة؟

قارئ مترجم لغة الإشارة مستندات مطبوعة بخط كبير مستندات بطريقة برايل TTY أخرى:

ما هو البرنامج(البرامج) الذي تستأنفه؟

المساعدات الغذائية المكملة (SNAP) ، العائلات أولاً (المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة TANF)

(الخطوات الذكية، رعاية الطفل الانتقالية، رعاية الطفل المعرضة للخطر فقط، مساعدة الوالدين المراهقين لرعاية الطفل)

هل سيمتلك أو يساعدك شخص آخر في جلسة الاستماع؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديد من سيمتلك أو يساعدك في جلسة الاستماع:

اسم المحامي أو الممثل

الاسم الأول

اسم العائلة

اسم الشركة أو العمل

يجب على موظفي (وزارة الخدمات الإنسانية والصحية في تينيسي - TDHS) التحقق من قسم النماذج! على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ النفاذ: 2023/11/05

RDA: 2122

صفحة 2 من 5

تاريخ آخر مراجعة: 2023 /11/03

تاريخ المراجعة التالية: 2026/11/ 03

HS-3058a

عنوان المحامي أو الممثل

العنوان 1

العنوان 2

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

العنوان البريدي للمحامي أو الممثل (إذا كان مختلفاً عن عنوان العمل)

العنوان 1

العنوان 2

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

رقم (أرقام) الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني

أكد بريدك الإلكتروني

علاقة المحامي أو الممثل بك

أخبرنا عن سبب الاستئناف أو ما حدث ولا توافق عليه (يمكنك إرفاق صفحات إضافية)*

يجب على موظفي وزارة الخدمات الإنسانية والصحية في تينيسي - TDHS التحقق من قسم النماذج على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ آخر مراجعة: 2023 / 11 / 03

تاريخ المراجعة التالية: 2026 / 11 / 03

HS-3058a

تاريخ النفاذ: 2023/11/ 05

RDA: 2122

صفحة 3 من 5

بالنسبة لطعون (المساعدات الغذائية المكملة- SNAP) و(العائلات أولاً- Families First)، يرجى إكمال ما يلي:

1. هل ترغب في أن تكون جلسة الاستئناف عن طريق الهاتف أم شخصيًا؟

الهاتف شخصيًا

2. هل ترغب في استمرار المزايا (إذا كنت مؤهلاً) حتى يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع؟

أريد أن تستمر مزايا (المساعدات الغذائية المكملة- SNAP) الخاصة بي حتى يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع. أفهم أنه إذا لم يكن القرار في صالحني، فقد أضطر إلى سداد قيمة المزايا.

أريد أن تستمر مزايا برنامج "العائلات أولاً" الخاص بي حتى يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع. أفهم أنه إذا لم يكن القرار في صالحني، فقد أضطر إلى سداد قيمة المزايا.

لا أريد أن تستمر استحقاقي حتى يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع.

أكمل ما يلي إذا كنت تساعد شخصًا آخر على ملء هذا النموذج:

إلى أي مدى تعرف الشخص؟ يُرجى وضع علامة بالمربع الملائم:

الوصي القانوني لصديق قريب للوالدين أو محامي الوصي الممثل المفوض

طبيب أو موظف طبي مترجم فوري أو مترجم غير ذلك:

الاسم*

الاسم الأول

اسم العائلة

رقم (أرقام) الهاتف

التوقيع (المستأنف، المحامي، الممثل)*

التاريخ

المستأنف أو المحامي أو الممثل

كم من الوقت يجب عليّ تقديم استئناف؟ (جميع التواريخ أيام تقويمية ما لم ينص على خلاف ذلك.)

البرنامج	الحد الزمني للاستئناف	يستمر الحد الزمني للاستئناف والحصول على المزايا
(المساعدات الغذائية المكملة- SNAP) (طوابع الطعام)	• 90 يومًا من تاريخ الإشعار.	10 يومًا من تاريخ الإشعار.
العائلات أولاً	• 90 يومًا من تاريخ الإشعار.	10 يومًا من تاريخ الإشعار.
المساعدة في رعاية الطفل العائلات أولاً وغير التابعين لبرنامج (المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة- TANF)	• 10 أيام من تاريخ الإخطار.	لا ينطبق

يجب على موظفي (وزارة الخدمات الإنسانية والصحية في تينيسي- TDHS) التحقق من قسم النماذج على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ آخر مراجعة: 2023 /11/03

تاريخ المراجعة التالية: 2026/11/ 03

HS-3058a

تاريخ النفاذ: 2023/11/ 05

RDA: 2122

صفحة 4 من 5

ماذا لو كان لدي المزيد من الأسئلة؟

يُرجى الاتصال بمكتب كاتب الاستئناف:

Tennessee Department of Human Services
Appeals and Hearings Division
Attn: Appeals Clerk's Office
Deaderick Street, 1st Floor 505
Nashville, TN 37243

AppealsClerksOffice.DHS@tn.gov:Email

Telephone: (833) 772-8347

Fax: (866) 355-6136

TTY: (800) 270-1349

ما هي المشاكل التي يمكنني الاعتراض عليها؟

للحصول على قائمة عامة بالمشكلات التي يمكن الطعن فيها، يرجى زيارة Tenn. Comp. R. & Regs. 1240-5-3 طلبات جلسة الاستماع العادلة والرجوع إلى إشعار إجراء الدائرة للحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوق الاستئناف الخاصة بك <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

لترح أسئلة استئناف دعم الطفل، يرجى زيارة <https://www.tn.gov/content/dam/tn/human-services/hs/hs-2997.pdf>

وفقًا للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. بموجب قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر التمييز أيضًا على أساس الدين أو المعتقدات السياسية. لتقديم شكوى أو طرح أسئلة، اتصل بأحد هذه المكاتب: مكتب HHS للحقوق المدنية، مركز أتلاتنا الفيدرالي، 61 STE 3B70، شارع فورسيث، SW، أتلاتنا، (404) 562-7886، GA 30303-8909، (404) 562 7881 (فاكس)؛ (404) 331 2867 (TDD)؛ وزارة الزراعة الأمريكية، مدير مكتب الحقوق المدنية، 1400 Independence Av، SW، Washington، DC 20250-9410، (800)-795 3272 ؛ (202)-720 6382 (TTY).

يمكنك أيضًا الاتصال Tennessee Department of Human Services ، مكتب المستشار العام، Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

يجب على موظفي (وزارة الخدمات الإنسانية والصحية في تينيسي - TDHS) التحقق من قسم النماذج! على الشبكة الداخلية لضمان استخدام الإصدارات الحالية. لا يجوز تغيير النماذج بدون موافقة مسبقة.

تاريخ النفاذ: 05/ 2023/11/

RDA: 2122

صفحة 5 من 5

تاريخ آخر مراجعة: 2023 /11/03

تاريخ المراجعة التالية: 03 / 2026/11/

HS-3058a