|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية  *إستمارة طلب مساعدة الأسرة* | يرجى إخبارنا إن كنت بحاجة إلى مساعدة على إستكمال هذه الإستمارة لأن لديك إعاقة أو لأنك لا تتكلم الإنجليزية، فالمساعدة المجانية متوفرة لك. إتصل بـ"مركز خدمة مساعدة الأسرة" [Family Assistance Service Center] على الرقم 866-311-4287 و/أو بطابعة TTY على الرقم 711. وبعد الرسالة المسجلة، سيتم وصلك بعامل هاتف يمكنه تزويدك بمترجم فوري. |

|  |  |
| --- | --- |
| هذا المربع مخصص لإستعمال دائرة **TDHS** فقط | **سنأخذ إستمارتك فقط إذا كانت تحمل إسمك وعنوانك وتوقيعك. لكن كلما أعطيتنا معلومات إضافية، كلما نستطيع بشكل أسرع أن نتبين إن كنت تستطيع الحصول على مساعدة. وإن حصلت على موافقة، ستبدأ مخصصاتك من تاريخ إستلامنا للإستمارة. وفي معظم الحالات، ستحتاج إلى التحدث مع مسؤول من دائرة** TDHS لإستكمال عملية تقديم الإستمارة.  قد تتمكن من الحصول على مخصصات برنامج SNAP بعد 7 أيام إذا:   1. كان الدخل الشهري لأسرتك المعيشية أقل من 150$، ولديك الآن موارد بقيمة 100$ أو أقل. 2. كانت كلفة مسكنك (زائد فواتير المرافق العامة) أكثر من دخلك الشهري زائد التوفيرات. 3. كنت تقوم بعمل موسمي في المزارع أو خاص بالمهاجرين. |
| Case #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date received: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  County: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| إن كنت تعاني من إعاقة تجعل من الصعب عليك إستكمال أو فهم هذه الإستمارة، فيمكننا مساعدتك. ويمكننا الإتصال بك أو زيارتك إذا كنت لا تستطيع الحضور إلى مكتبنا. ويجوز للمشاركين أن يقدموا إستمارة طلب المخصصات ومواد الإعتماد لمكتب مقاطعتهم عبر البريد أو عبر التسليم باليد أو تقديم طلب إلكتروني على https://onedhs.tn.gov/. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الإسم (الأول/الأوسط/الأخير) | | إني أقدم طلباً لـ:  **\_\_\_ Families First** **\_\_\_ SNAP** | | |
| عنوان المنزل | | قد نستخدم رقم هاتف منزلك أو الخلوي للإتصال بك وتذكيرك بموعد. وسنترك رسالة إن لم ترد. | | |
| المدينةالولايةالرمز البريدي | | هاتف المنزل | هاتف العمل | الخلوي/هاتف آخر |
| العنوان البريدي (إن كان مختلفاً) | | إننا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي للتحقق من أنك الشخص الذي تقول إنك هو. كما نستخدمها للتأكد من أنك تحصل على القدر الصحيح من المساعدة، ولتغيير قدر المساعدة التي تحصل عليها، وللتحقق من سجلات أخرى على الكمبيوتر وللحكومة، وللتأكد من أنك تتأهل. فنحن نتحقق من سجلات الضمان الإجتماعي ومصلحة الضرائب IRS والتوظيف. كما قد نتحقق من سجلات مصلحة "خدمات الجنسية والهجرة للولايات المتحدة" [United States Citizenship and Immigration Services] (USCIS). وإن كانت تلك السجلات لا تطابق ما تقوله، فقد يؤثر ذلك على ما إذا تستطيع الحصول على مساعدة وعلى كمية مخصصات برنامج Families First أو SNAP التي تحصل عليها. وإن أعطيت عن قصد معلومات غير صحيحة للحصول على مساعدة، قد تذهب إلى السجن. | | |
| المدينةالولايةالرمز البريدي | |
| عنوان البريد الإلكتروني | من خلال تزويد معلومات عن عرقك/أصلك القومي، يظهر ذلك إذا كانت ولاية تينيسي تتبع قوانين حقوق مدنية.  يرجى إستخدام ما يلي للإشارة إلى العرق: **W = أبيض/قوقازي، B = أسود/ أمريكي – افريقي، A = آسيوي، H = من الشعوب الأصلية لجزر هاواي/المحيط الهادئ، I = هندي أمريكي/ من الشعب الأصلي لولاية ألاسكا** (إن أسرتك المعيشية غير ملزمة بإعطائنا هذه المعلومات ولن يؤثر ذلك على أهليتك ولا مستوى مخصصاتك.)  الوضع الزوجي: **إستخدم إحدى العبارات التالية أدناه لكل عضو بالغ من الأسرة المعيشية:** متزوج، أعزب، مطلق، أرمل، منفصل | | | |
| هل أنت مشرد بدون مسكن؟ ( ) نعم ( ) لا  هل أنت بحاجة إلى بطاقة EBT؟ ( ) نعم ( ) لا |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عدد كل شخص في أسرتك المعيشية  (بمن فيهم أنت)  لإضافة مزيد من الأشخاص، يرجى إرفاق إستمارة أو صفحة أخرى | | هل هذا الشخص يطلب مخصصات؟ (نعم/لا) | (**غير** مطلوب إن كان الشخص لا يريد تلقي مخصصات)  لمزيد من المعلومات، راجع الصفحة 1 من بيان التفاهم | | | | | الجنس  (ذ/أ) | (خياري) ضع إشارة في المربع إن كنت من أصل هسباني/ لاتيني | (خياري) العرق (راجع أعلاه) سجل كل ما ينطبق | | الوضع الزوجي (راجع أعلاه) | | تاريخ الولادة | ضع إشارة إن كان الشخص حامل | ضع إشارة في المربع إن كان الشخص معاقاً |
| رقم الضمان الإجتماعي | | ضع إشارة في المربع إن كان مواطناً أمريكياً | | |
|  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| أشهد تحت طائلة عقوبة الحنث في اليمين (جريمة الإدلاء ببيانات خاطئة بعد قسم اليمين) وكافة العقوبات الأخرى السارية أن البيانات المقدمة على هذه الإستمارة وأي من مرفقاتها لأي شخص أجرى معي مقابلة هي صادقة وصحيحة، وأن جميع الأشخاص الطالبين أو المتلقين للمساعدة هم مواطنون أمريكيون أو أجانب شرعيون أو مهاجرون مؤهلون. وأفهم وأوافق على القواعد والمعلومات المعطاة لي. وإن تم طلب مني ذلك، سأعطي المعلومات التي تثبت بياني أو أعطي لدائرة TDHS إذناً للحصول على إثبات. وأفهم أني علي أن أبلغ عن أي تغييرات حسبما تطلبه مني دائرة TDHS. **وأفهم أن المعلومات التي أزودها ستخضع لإثبات على يد مسوؤلين فدراليين وللولاية ومحليين لتحديد إن كانت هذه المعلومات صحيحة.**  إسقاط مسؤولية: **قد تحتاج ولاية تينيسي أو الأشخاص العاملون لديها إلى إثبات أن المعلومات التي أعطيتها هي صحيحة. وبموجب توقيعي على هذا المســتند، إني أقول إنه يمكن الحصول على إثبات. فذلك سيدعهم يقررون إن كان يمكنني الحصول على برنامج** SNAP أو Families First. كما أقول إني قرأت وفهمت بيان التفاهم. **إن قدمت طلباً لبرنامج SNAP، فقد تخضع لمعاينة ضبط جودة. ويمكن للمشاركين تقديم طلب للمخصصات ومواد الإعتماد لمكتب مقاطعتهم عبر البريد أو التسليم باليد أو على الإنترنت على https://onedhs.tn.gov/.**  **ا**التوقيع: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** الشاهد (إن تم التوقيع بـ**X**): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ولي الأمر أو الممثل المعتمد:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** التاريخ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هذا المربع مخصص لبرنامج  **Families First**فقط: إذن بالإفراج عن سجلات حضور المدرسة  أنا (المشارك) أعطي إذناً لوزارة التعليم في تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج لدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسـة الخاصــة بالأطفال المذكوريــن على هذه الإستمارة. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما في ذلك أرقام الضمان الإجتماعي، لمســاعدتي على الإيفاء بمســؤولياتي تجاه برنامج Families First. وسيتم تلف السجلات عندما لا تكون مطلوبة.  التوقيع: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | سيتم تقاسم معلوماتي مع **Books from Birth** إلا إن رفضت ذلك.  ضع إشارة هنا للرفض \_\_\_.  هل أنت على إستعداد للإمتثال لإعالة الأطفال؟ (برنامج **FF** فقط)  \_\_\_نعم \_\_\_لا | | | هل تود الحصول على نسخة من إستمارة طلبك المستكملة؟  \_\_\_نعم \_\_\_لا  إذا نعم، هل تفضل نسخة ورقية أو إلكترونية؟  \_\_\_نسخة ورقية  \_\_\_نسخة إلكترونية | | | | قد تنتهي مخصصاتك من برنامج **SNAP** إذا:  \* أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت وقائع للحصول على مخصصات SNAP؛  \* إستخدمت بطاقة ضمان مخصصات خاصة بشخص آخر بدون إذنه؛  \* إشتريت عبر مخصصات برنامج SNAP أشياء مثل البيرة أو السجائر أو الصابون أو دفعت على حسابات إئتمان.  إن خالفت هذه القواعد، لن تتلقى مخصصات برنامج **SNAP** لمدة:  سنة للمرة الأولى، وسنتين للمرة الثانية، وإلى الأبد للمرة الثالثة.  إن إستبدلت مخصصات برنامج **SNAP** بمخدرات، يمكن قطعها عنك لمدة:  سنتين للمرة الأولى وإلى الأبد للمرة الثانية.  قد يتم قطع عنك برنامج **SNAP** إلى الأبد إذا تم إثبات أنك مذنب بـ:  \* إستبدال مخصصات برنامج SNAP بمسدسات أو ذخائر أو متفجرات أو مواد محظورة (مخدرات غير شرعية)؛  \* بيع مخصصات برنامج SNAP بقيمة 500$ أو أكثر.  لا تعطي معلومات غير صحيحة حول من أنت أو أين تعيش للحصول على برنامج **SNAP** ، فإعطاء معلومات غير صحيحة قد يمنعك من الحصول على برنامج **SNAP** لمدة 10 سنوات.  الإدانات الفدرالية و/أو من الولاية:  هل تمت إدانتك أنت أو أحد في أسرتك المعيشية بالذنب بسبب الحصول على TANF (مخصصات نقدية) أو مخصصات برنامج SNAP من ولايتين أو أكثر في آن واحد؟  نعم \_\_ لا\_\_  هل إستخدم أحد أموال TANF في المؤسسات التالية: محلات الكحول و/أو الكازينو و/أو صالات البوكر و/أو مؤسسات ترفيه البالغين و/أو صالات لعبة البنغو و/أو حلبات السباق و/أو محلات التجزئة المرخصة التي تكسب أكبر مبيعاتها من التبغ المفرق والسيجار والسجائر والبايب وغيرها من قطع التدخين؟ (TANF فقط)  نعم \_\_ لا\_\_  هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية بسبب شراء أو بيع مخصصات SNAP تجاوزت $500؟ نعم \_\_ لا\_\_  هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية بجناية بسبب سلوك متعلق حيازة أو إستخدام أو توزيع مادة مخدرة محظورة بعد 22/08/96 (SNAP وTANF)؟ نعم \_\_ لا\_\_  هل أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية مختبئ أو فار من العدالة لتجنب محاكمة، أو إلقاء القبض عليك، أو الذهاب إلى السجن، بسبب إدانة بجريمة أو جناية أو محاولة إرتكاب جريمة أو جناية، أو قد يكون لديك إنتهاك (إنتهاكات) لهذه، أو كنت غير ممتثل لشروط إفراج مشروط أو مدة مشروطة؟ نعم \_\_ لا\_\_  هل تمت إدانتك أنت و أي فرد من الأسرة المعيشية بإستبدال مخصصات SNAP مقابل مخدرات أو مواد خاضعة للرقابة؟ نعم \_\_ لا\_\_  هل إستلم شخص تقدم له طلباً مخصصات SNAP وTANF من ولاية أخرى خلال الأيام الـ30 الأخيرة؟ نعم \_\_ لا\_\_ | | | | | |
| أفهم أنه يحق لي بممثل معتمد أو ممثلين معتمدين:  لإمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عني: SNAP ( )؛ Families First ( )؛  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ لإمكانية إستخدام مخصصاتي من SNAP بالنيابة عني ( )؛ لإمكانية إستخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عني ( )  لإمكانية تقديم طلب هذه المخصصات بالنيابة عني: SNAP ( )؛ Families First ( )؛  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ لإمكانية إستخدام مخصصاتي من SNAP بالنيابة عني ( )؛ لإمكانية إستخدام مخصصاتي من Families First بالنيابة عني ( ) | | | | | | | | | | |
| تسجيل الناخبين | | | | | | | | | | |
| هل أنت مسجل للتصويت حيث تقيم الآن؟ ( ) نعم ( ) لا  هل تود التسجيل للتصويت؟ ( ) نعم ( ) لا  هل تريد أن ترسل لك دائرة TDHS إستمارة تسجيل الناخب عبر البريد؟( ) نعم ( ) لا  لن تتغير المخصصات التي قد تتلقاها من دائرة **TDHS** بصرف النظر عما إذا تتسجل أم لا تتسجل للتصويت، كما لن يمنعك عدم التسجيل من تقديم طلب للمخصصات. | | | | | | | | | | |
| سجل المعلومات حول دخل أسرتك المعيشية في المربعات أدناه. **يشمل الدخل ولا يقتصر على التوظيف، والعمل الحر، والنفقة الزوجية، وإعالة الأطفال، ومخصصات الإعاقة، والضمان الإجتماعي/**SSI، وتعويض العامل، ومخصصات البطالة، ومعاشات التقاعد، والمرتبات، والدخل من فوائد. | | | | | | | | | | |
| الشخص ذو ضرائب /نفقات الدخل | مصدر الدخل (مثل عمل، ضمان إجتماعي، إعالة أطفال) | | | | | المبلغ الشهري قبل الضرائب/النفقات | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
| عدد أي موارد للأسرة المعيشية **(النقد، أو الحسابات المصرفية الجارية أو للتوفير أو أخرى، أو شهادات إيداع، أو أسهم، أو سندات، أو صناديق تحوط، أو حسابات تقاعد، أو صناديق إئتمان، أو معاشات سنوية، أو أصول ثابتة أخرى)**  النوع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ القيمة: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ النوع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ القيمة: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  النوع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ القيمة: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ النوع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ القيمة: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| يمكن منع أي فرد يتعمد مخالفة أي من القواعد من برنامج **SNAP** من مدة سنة واحدة إلى الأبد، أو فرض عليه غرامة لغاية **$250,000**، أو سجنه لغاية 20 سنة، أو كلاهما. كما قد يخضع للمحاكمة بموجب القوانين السارية الفدرالية والخاصة بالولاية. كما قد تحظر عليه المشاركة في برنامج **SNAP** لمدة إضافية تستغرق 18 شهراً، إن أمرت المحكمة بذلك. لا تتبادل أو تبيع بطاقات **EBT**، أو تستخدم بطاقة شخص آخر. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أسرتك المعيشية بصفتكم من البالغين وذلك بتهمة الإساءة الجنسية الشديدة وإرتكاب جريمة والإستغلال الجنسي وغيره من الإساءات للأطفال، أو بجرم فدرالي أو على مستوى الولاية يشمل الإعتداء الجنسي، أو بجرم خاضع لقانون الولاية يحدد المدعي العام أنه مماثل إلى حد كبير لإرتكاب جرم، وذلك بعد 7 فبراير 2014؟ \_\_\_نعم \_\_\_لا | | | | | | | | | | |
| إن كنت ما بين 18 و24 سنة من العمر، هل كنت يوماً في عهدة الولاية في طفولتك؟ نعم\_\_\_لا\_\_\_  نفقات رعاية الأطفال  المبلغ المدفوع شهرياً: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  إسم مقدم الرعاية للأطفال:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | تكاليف المسكن  الإيجار / رهن المنزل (ضع دائرة حول إختيار واحد)  المبلغ الشهري: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الغاز/الكهرباء: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهرياً  الهاتف: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهرياً | | | | | النفقات الطبية  عدد النفقات الطبية المتكررة مثل الأدوية الموصوفة أو أقساط التأمين. فهذه قد تساعدك على الحصول على مزيد من برنامج Food Stamps إن كنت مسناً أو معاقاً.  النوع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهرياً  النوع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهرياً | | | | | المبلغ المدفوع لإعالة الأطفال  إن كنت ملزماً قانونياً بأن تدفع مبلغ إعالة أطفال لطفل أو أطفال لا يعيشون معك، سجل ذلك هنا:  الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_شهرياً  الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_شهرياً | | | |
| **يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس وفي بعض الحالات، المعتقدات الدينية أو السياسية. كما تحظر "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture] (USDA)، التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقدات الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط سابق متعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تموله وزارة USDA. وعلى الأشخاص ذوي الإعاقات والمستلزمين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات برامج (مثل بريل والطباعة بالأحرف الكبيرة والأشرطة السمعية ولغة الإشارات الأمريكية وإلخ.) الإتصال بالمؤسسة (الخاصة بالولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للصم أو ذوي صعوبة في السمع أو إعاقات النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [ Federal Relay Service] على الرقم (800) 877- 8339. وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون معلومات البرامج متوفرة في لغات غير الإنجليزية. ولرفع شكوى تمييز ضمن برنامج، إستكمل "إستمارة شكوى التمييز في برامج وزارة الزراعة" [USDA Program Discrimination Complaint Form] (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html، ولدى أي مكتب لوزارة USDA، أو اكتب رسالة موجهة لوزارة USDA متضمنة لكافة المعلومات المطلوبة في الإستمارة. ولطلب نسـخة من إسـتمارة الشكوى، اتصل بـ9992-632 (866). وقّدم إستمارتك المستكملة أو الرسالة لوزارة USDA عبر (1) البريد على العنوان: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 أو (2) عبر الفاكس على الرقم (202) 690-7442 أو (3) عبر البريد الإلكتروني على program.intake@usda.gov. ولأي معلومات أخرى متعاملة مع مسائل متعلقة بـ"برنامج المساعدة الغذائية الإضافية" [Supplemental Nutrition Assistance Program] (SNAP)، على الأشخاص الإتصال بالرقم الساخن لبرنامج SNAP لوزارة USDA على الرقم (800) 221-5689 وهو أيضاً بالإسبانية، أو الإتصال بأرقام المعلومات/الخطوط الساخنة للولاية (أنقر على الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية) الموجودة على الإنترنت على: http://www.fns.usda.gov/snap/contact\_info/hotlines.htm.**  **ولرفع شكوى تمييز متعلقة ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فدرالية عبر "الوزارة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية" [U.S. Department of Health and Human Services] (HHS)، راسل: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو إتصــل بالرقم (202) 619-0403 (صوت) أو الرقم (800) 537-7697 (TTY). وهذه المؤسسة مقدمة لفرص متكافئة. كما يمكنك مراسلة العنوان Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 500 Deaderick Street, Nashville, TN 37243، أو الإتصال بالرقم (615) 313-4700.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية  بيان تفاهم – قواعد البرنامج (ملحق إستمارة الطلب) |

|  |  |
| --- | --- |
| هام – احتفظ بهذه الوثيقة! | هل أنت بحاجة إلى الإبلاغ عن تغيير؟ هل لديك سؤال؟ هل أنت بحاجة إلى مساعدة؟ إتصل بنا. هذا الإتصال مجاني.  مركز خدمة مساعدة الأسرة - **1-866-311-4287**  نحن هنا لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحاً  حتى الساعة 4:30 بعد الظهر بتوقيت وسط الولايات المتحدة من الإثنين حتى الجمعة. |
| نسخة المشارك |
|  | |
| إن كنت تعاني من إعاقة وتستلزم مساعدة خاصة، يرجى إخبارنا بذلك. | |
| مترجمون فوريون مجانيون – **إذا كنت لا تفهم اللغة الإنجليزية جيداً وكنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى إخبارنا بذلك. فسنحضر مترجماً فورياً سيساعدك على التكلم معنا. هذه الخدمة مجانية. وإحضار مترجم فوري لن يؤخر عملية البت بقضيتك. ونحن قادرون على إستلام طلبك اليوم.** | |
| يمكنك تقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج "فاميليز فيرست" [**Families First**] أو **SNAP** في مكتب لـ"دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية" [**TDHS**]. وسنأخذ إستمارة طلبك التي تحمل فقط إسمك وعنوانك وتوقيعك. ويمكن للمشاركين تقديم إستمارة طلب للمخصصات ومواد الإعتماد لمكتب مقاطعتهم عبر البريد أو التسليم باليد أو تقديم طلب على الإنترنت على [https://onedhs.tn.gov/](about:blank). ويجب إستكمال إستمارة طلب ومقابلة. ويمكن الوصول إلى إستمارة طلب دائرة TDHS أو إستكمالها عبر الإنترنت أو في مكتب دائرة TDHS. ويمكنك إستخدام هذه الإستمارة لرفع طلب لبرنامج واحد (1) أو كلا البرنامجين. ولن يتم رفض طلبك لبرنامج SNAP فقط على أساس رفض طلبك لبرنامج آخر. وسنتولى البت بإستمارات طلب برنامج SNAP **وفقاً لإجراءات برنامج** SNAP**، بما في ذلك الشروط المتعلقة بالفترات الزمنية والجلسات المنصفة، بصرف النظر عما إن كانت إستمارة الطلب لبرنامج** SNAP **ولبرامج فاميليز فيرست. و**عليك إعطاء إثبات لهويتك ودخلك وعوامل أخرى مطلوبة للموافقة على طلبك. وإن كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على إثبات، اسأل مسؤول قضيتك في دائرة TDHS. | |
| إن كنت أنت أو الشخص الذي تقدم عنه طلباً مؤهلاً لمخصصات، قد يتم تزويد مخصصات برنامج SNAP أو فاميليز فيرست إبتداءً من تاريخ إستلامنا للطلب الذي يحمل إسمك وعنوانك وتوقيعك. وسيكون تاريخ التقديم مختلفاً إن كانت الأسرة المعيشية في مؤسسة وتقدم طلباً لبرنامج SNAP وبرنامج "دخل الضمان الإضافي" [SSI] في آن واحد. وفي هذه الحالة، يكون تاريخ التقديم تاريخ الخروج من المؤسسة. | |
| * **على** أي شخص في الأسرة المعيشية يقدم طلباً لمخصصات برامج فاميليز فيرست أو **SNAP** **أن يعطينا رقمه للضمان الإجتماعي ووضع جنسيته أو هجرته. فـ"قانون الأغذية والتغذية" [**Food and Nutrition Act**] يدعنا نستخدم أرقام الضمان الإجتماعي لنؤكد حصولك على المبلغ الصحيح من المعونة، ولتغيير مبلغ المعونة التي تتلقاها، ولتفحص سجلات الكمبيوتر والحكومة، ولنؤكد أنك مؤهل. وعندما نتفحص سجلات الكمبيوتر، نستخدم "نظام إثبات الأهلية المبنية على الدخل" [**Income Eligibility Verification System**]. وإذا لم تتطابق تلك السجلات ما تقوله، قد تؤثر على ما إذا يمكنك تلقي المساعدة وكمية النقود أو مخصصات برنامج** SNAP **التي تتلقاها. وإذا** لم يكن لديك رقم للضمان الإجتماعي، يمكننا مساعدتك على طلب هذا الرقم. * إذا كان لديك رقم للضمان الإجتماعي، وكنت مواطناً أمريكياً أو أجنبياً شرعياً أو مهاجراً مؤهلاً، عليك تقديم طلب للمخصصات إن كنت فرداً إلزامياً من الأسرة.   + مثال: على الزوجين والأطفال ووالديهم تقديم طلب ضمن الأسرة المعيشية ذاتها، إلا إذا كنت تختار عدم تقديم طلب للمخصصات لشخص يختار عدم إعطاء رقم ضمانه الإجتماعي أو وضع هجرته. * **لا تحتاج** دائرة TDHS إلى أرقام الضمان الإجتماعي ولا وضع جنسية/هجرة أفراد الأسرة المعيشية غير المقدمين لطلب مخصصات. إن تم تزويد رقم ضمان إجتماعي لشخص لا يقدم طلباً للمخصصات، لن يُرسَل إلى مصلحة "خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية" [United States Citizenship and Immigration Services] (USCIS) من أجل إثبات وضعه. * يجوز لك تقديم طلب مخصصات لحاملي الجنسية والمهاجرين المؤهلين إن لا تقدم طلباً للمخصصات لنفسك. * قد يخضع وضع جنسية أحد أفراد الأسرة المعيشية المقدمة لطلب للإثبات على يد مصلحة USCIS عبر تقديم المعلومات من إستمارة الطلب إلى مصلحة USCIS، وقد تؤثر المعلومات المقدمة التي تتلقاها مصلحة USCIS على أهلية الأسرة المعيشية ومستوى مخصصاتها.   سيتم إعتبار موارد ودخل الأشخاص غير المقدمين لطلب مخصصات. | |
| إن كنت تقدم طلباً للمساعدة من دائرة **TDHS**، قد نعطي رقم ضمانك الإجتماعي لـ:   * الشرطة التي تبحث عن منتهكي القوانين متى يسمح القانون لنا أو يلزمنا بذلك أو متى تأمرنا محكمة بذلك؛ أو * وكالات أخرى فدرالية أو خاصة بالولاية إن سمح لنا القانون أو ألزمنا بذلك. | |
| **إن عملية جمع المعلومات على إستمارة الطلب، بما في ذلك رقم الضمان الإجتماعي، معتمدة بموجب "قانون الأغذية والتغذية" [**Food and Nutrition Act**] لعام 2008 (المعروف سابقاً بـ"قانون قسائم الطعام" [**Food Stamp Act**])، حسب تعديله، الفقرات 2011-2036 من العنوان 7 من "قانون الولايات المتحدة" [**U.S.C.**]. وسيتم إستخدام المعلومات لتحديد ما إن كانت أسرتك المعيشية مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج** SNAP**. وسنتحقق من صحة هذه المعلومات عبر برامج كمبيوتر تتولى عملية المطابقة. كما سيتم إستخدام هذه المعلومات لمراقبة الامتثال لأنظمة البرنامج ولإدارة البرنامج.**  ما هي المدة التي نستغرقها لإتخاذ قرار حول طلبك؟   * المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست: لدينا خمسة وأربعين (45) يوماً لنقرر إذا يمكنك الحصول عليها. * برنامج SNAP: قد يكون لدينا لغايـة ثلاثين (30) يوماً لنقرر ولنعطيك مخصصات SNAP إن كنت مؤهلاً لها. * لإتخاذ قرار في الوقت المناسب، يجب أن تحصل دائرة TDHS على مساعدتك في الحصول على كل ما تحتاجه من إثباتات.   سيخبرك مسؤول قضيتك عن التغييرات التي عليك الإبلاغ عنها. وإن كنت تتلقى برنامج فاميليز فيرست، عليك إبلاغ دائرة TDHS بأي تغييرات في وضع معيشتك في غضون عشرة (10) أيام.  وإذا كنت تتلقى برنامج SNAP **وتقدم إستمارة إبلاغ مبسط [**Simplified Reporting**]**، **عليك** الإبلاغ عن التغييرات التالية بحلول اليوم العاشر (10) من الشهر التالي بعد حدوث التغييرات.   * عندما يتجاوز إجمالي الدخل الشهري للأسرة المعيشية حد إجمالي دخل برنامج SNAP لحجم أسرتك المعيشية، * كلما إنخفضت ساعات عمل شخص بالغ قادر جسدياً خاضع لشرط العمل إلى أقل من عشرين (20) ساعة بالأسبوع أو بمعدل ثمانين (80) ساعة بالشهر، و * عندما يفوز فرد من الأسرة المعيشية باليانصيب أو أرباح قمار.   وسيخبرك مسؤول قضيتك عن قيمة تلك المبالغ.  لن تغير مخصصات **SNAP** مخصصاتك من برنامج فاميليز فيرست. **إن توقفت المدفوعات النقدية من برنامج فاميليز فيرست، قد تظل تتلقى مخصصات** SNAP، **لكن إذا بدأت بالحصول على برنامج فاميليز فيرست، قد تنخفض مخصصاتك من برنامج** SNAP**.** وسيتم إخطارك بهذا التغيير، إلا أنك قد تحصل على هذا الإخطار قبل أقل من عشرة (10) أيام من تخفيض مخصصاتك من برنامج **SNAP**. | |
| قد تنتهي مخصصاتك من برنامج **SNAP** إذا:   * أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مخصصات من برنامج SNAP؛ * إستخدمت بطاقة ضمان مخصصات شخص آخر بدون إذنه أو قمت بتبادل أو بيع بطاقة ضمان المخصصات؛ * إشتريت عبر مخصصات برنامج SNAP أشياءً مثل البيرة أو السجائر أو الصابون، أو إشتريت على حسابات إئتمان؛ * دالدفع عبر حسابات إئتمان أو فع مقابل طعام تم شراؤه بإئتمان عبر مخصصات برنامج SNAP. | |
| إذا خالفت هذه القواعد، لن تحصل على مخصصات برنامج **SNAP** لمدة:   * سنة واحدة (1) في المرة الأولى؛ * سنتين (2) في المرة الثانية؛ أو * إلى الأبد في المرة الثالثة.   إذا استخدمت أو كنت تتلقى مخصصات ضمن معاملة شملت بيع مخدرات أو مواد خاضعة لقيود، يمكن حرمانك لمدة:   * سنتين (2) في المرة الأولى؛ أو * إلى الأبد في المرة الثانية.   سيتم حرمانك من برنامج **SNAP** إلى الأبد إذا حكمت محكمة بأنك مذنب بتهمة:   * إستبدال مخصصات برنامج SNAP بمسدسات أو ذخائر/أعتدة أو متفجرات؛ أو * بيع مخصصات برنامج SNAP/**قسائم الطعام** بقيمة 500$ أو أكثر. | |
| قد لا تتلقى مخصصات برنامج **SNAP** لمدة عشر (10) سنوات إن أعطيت معلومات غير صحيحة حول هويتك أو مكان إقامتك من أجل الحصول على مخصصات برنامج **SNAP** متعددة.  وإذا لم تتبع خطتك من برنامج فاميليز فيرست، قد نوقف مدفوعاتك النقدية من برنامج فاميليز فيرست أو يجوز تخفيض مخصصاتك من برنامج **SNAP**.  وإذا لم تبلغ عن دخل عملك أو يصدر قرار بأنك إنتهكت قواعد برنامج **SNAP** عن قصد، قد تكون مجبراً على إعادة دفع المال إذا حصلت على مخصصات كثيرة زائدة من برنامج **SNAP**.  قد يتم إيداع الأشخاص الذين يخالفون هذه القواعد في السجن أو يتم إتهامهم بموجب القوانين الفدرالية أو يتم فرض عليهم غرامة لغاية 10,000$. وإذا نشأت مطالبة متعلقة ببرنامج **SNAP** ضد أسرتك المعيشية، يجوز إحالة المعلومات على هذا الطلب، بما في ذلك كافة أرقام الضمان الإجتماعي، إلى مؤسسات فدرالية وخاصة بالولاية، وكذلك مؤسسات خاصة لتحصيل المطالبات، وذلك لإتخاذ إجراء لتحصيل المطالبات.  يكون واحد أو أكثر من أفراد أسرتك المعيشية ملزمين بتلبية شروط التسجيل للعمل للتأهل للحصول على مخصصات برنامج **SNAP**. **شروط التسجيل للعمل: 1.** التسجيل للعمل (يصبح التسجيل للعمل متمماً عند التوقيع على إستمارة الطلب أو إعادة الإعتماد أو عبر الإتصال بمؤسستنا لإضافة فرد إلى قضيتك الخاصة ببرنامج SNAP، وبعدما تقوم المؤسسة بتسجيل هذه المعلومات)؛ 2. تزويد معلومات كافية لوضع العمل والتوفر عند طلب ذلك؛ 3. القبول بعمل مناسب لمدة ثلاثين (30) ساعة أو أكثر أسبوعياً، إن تم عرض العمل؛ 4. عدم الإستقالة من العمل بعد التوظيف؛ و5. عدم التخفيض الطوعي لساعات العمل. وقد يؤدي التخلف عن إتباع الشروط أعلاه بدون سبب إلى فقدان مخصصات برنامج SNAP للفترات الزمنية التالية: المخالفة الأولى – شهر واحد؛ 2. المخالفة الثانية – ثلاثة (3) أشهر أو المخالفة الثالثة أو أكثر – ستة (6) أشهر. وعليك الإبلاغ عما إذا تجاوز مجموع إجمالي الدخل الشهري لأسرتك المعيشية معايير الدخل المقابلة لحجم أسرتك المعيشية أو إذا واجه أي شخص ما بين سني ثمانية عشر (18) وتسعة وأربعين (49) سنة تخفيضاً في ساعات العمل إلى أقل من عشرين (20) ساعة أسبوعياً. ويجب الإبلاغ عن هذا التغيير بحلول اليوم العاشر (الـ10) من الشهر التالي للتغيير. وقد تساعدك الموارد التالية على العثور على عمل: 1. "التوظيف والتدريب لبرنامج SNAP" [SNAP Employment and Training] (SNAP E & T)؛ 2. [www.Jobs4tn.gov](about:blank)؛ 3. المكتب المحلي لـ"دائرة تينيسي للعمل وتنمية القوة العاملة" [Tennessee Department of Labor and Workforce Development]؛ أو 4. تكون موارد أخرى متوفرة أيضاً. | |
| وتعني عبارة ABAWD شخصاً قادراً جسدياً ما بين ثمانية عشر (18) وتسعة وأربعين (49) سنة وبدون معالين في الأسرة المعيشية، وإن كان غير معفاً بنحو آخر، يمكنه أن يكون مؤهلاً فقط لمدة ثلاثة (3) أشهر من مخصصات برنامج SNAP خلال مدة ثلاث (3) سنوات، إلا إذا شارك في إلتزام العمل بموجب برنامج SNAP. وإبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2019، سيتمثل إلتزام الشخص المشار إليه بـ ABAWD بالعمل بموجب برنامج SNAP بـ:   * العمل خلال ما لا يقل عن معدل عشرين (20) ساعة أسبوعياً وثمانين (80) ساعة شهرياً أو أكثر، أو * المشاركة في برنامج تدريب مؤهل لمدة معدلها عشرين (20) ساعة أسبوعياً [ثمانين (80) ساعة شهرياً] أو أكثر   **ويتم تقديم برامج التدريب المؤهلة عبر دائرة العمل وتنمية القوة العاملة وقد تكون:**   * **برنامجاً خاضعاً لـ"قانون إبتكارات وفرص القوة العاملة" [**Workforce Innovation and Opportunity Act**]؛** * **برنامجا خاضعاً للفقرة 236 من "قانون التجارة" [**Trade Act**] لعام 1974؛ أو** * **حضور دروس في "التعليم الأساسي للبالغين" [**Adult Basic Education**] (**ABE**)**   **وسيكون المشاركون من المشار إليهم بـ**ABAWD **مؤهلين فقط للحصول على مخصصات برنامج** SNAP **لمدة ثلاثة (3) أشهر خلال مدة ستة وثلاثين (36) شهراً أو ثلاث (3) سنوات إبتداءً من 1 يناير/كانون الثاني 2019.** | |
| وقد تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج **SNAP** إذا كان لديك إثبات بهذه الأنواع من النفقات:   * الطبية؛ * رعاية الأطفال أو المعالين؛ * إعالة الأطفال؛ أو * الإسكان أو خدمات المرافق العامة   وقد يساعدك مسؤول قضيتك في دائرة **TDHS** في الحصول على إثبات. **لكن عليك الإبلاغ عن النفقة وإعطائنا الإثبات لها. وإن لم تبلغنا بهذه النفقات ولا تعطينا الإثبات لها، سنفترض أنك لا تريد المقتطع ولن تحصل على مزيد من المخصصات من برنامج** SNAP**.** | |
| معلومات برنامج فاميليز فيرست:  إذا حصلت من برنامج فاميليز فيرست على مدفوعات نقدية لست مؤهلاً لها، عليك ان تعيد دفعها للولاية. ويمكنك:   * الدفع من المدفوعات النقدية من برنامج فاميليز فيرست؛ أو * الدفع نقداً إن كنت لا تتلقى مخصصات فاميليز فيرست.   إذا أعطيت معلومات غير صحيحة أو أخفيت حقائق للحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، يجوز رفع دعـوى ضدك في المحكمة. ويجوز إتهامك بالحنث باليمين (الحلفان كذباً) أو بالسرقة أو بجريمة أخرى، ويجوز الحكم عليك بقضاء وقت في السجن. وإن خالفت قواعد برنامج فاميليز فيرســت عن قصد، نشير إلى ذلك بعبارة "الإنتهاك المتعمد للبرنامج" [Intentional Program Violation]. وإن تبين أنك إرتكبت جريمة، قد يتم حرمانك من برنامج فاميليز فيرست لمدة:   * ستة (6) أشهر في المرة الأولى؛ * سنة واحدة (1) في المرة الثانية؛ أو * إلى الأبد في المرة الثالثة (3)   يحظر شرعاً الحصول على مدفوعات نقدية في ولايتين في آن واحد. وأي شخص يقوم بذلك يجوز حرمانه من المدفوعات النقدية لمدة عشر (10) سنوات.  يحظر عليك إستخدام بطاقة EBT الخاصة بك في المواقع التالية: محلات الكحول والكازينو وصالات البوكر ومؤسسات ترفيه البالغين وصالات لعبة البنغو وحلبات السباق ومحلات التجزئة المرخصة التي تكسب أكبر مبيعاتها من التبغ المفرق والسيجار والسجائر والبايب وغيرها من قطع التدخين. وإن خالفت هذا البند، قد تجبر على إعادة دفع المبلغ المشترى للجنحة الأولى والثانية. وفي حالة وقوع المخالفة الثالثة، قد يعتبر مقدم رعاية أسرتك المعيشية غير مؤهل إلى الأبد لإستخدام بطاقة EBT بهدف الحصول على مخصصاته النقدية من برنامج فاميليز فيرست، وقد يتم تعيين شخص مدفوع له وقائي للوصول إلى مخصصات برنامج فاميليز فيرست وإدارتها. | |
| يستطيع أطفالك الحصول على مخصصات برنامج فاميليز فيرست أو برنامج **SNAP** لكنك لا تستطيع الحصول عليها إذا كنت:   * مجرماً هارباً؛ * منتهكاً لإخلاء سبيل مشروط أو لشروط مراقبة السلوك بعد إخلاء السبيل؛ أو * مذنباً بجناية متعلقة بالمخدرات ومرتكبة بعد 22 أغسطس/آب 1996، **إلا** إذا أستوفيت حالة إستثنائية محددة.   قد يعطيك مسؤول قضيتك مزيداً من المعلومات عن الحالة الإستثنائية. | |
| وللحصول على مدفوعات نقدية من برنامج فاميليز فيرست، عليك توقيع وإتباع "خطة مسؤولية شخصية" [**Personal Responsibility Plan**]. **وقد تتطلب منك هذه الخطة الذهاب إلى نشاط متعلق بالعمل و/أو الدراسة.** | |
| معلومات هامة حول إعالة الأطفال وبرنامج فاميليز فيرست:  قد تتمكن من الحصول على المدفوعات النقدية لبرنامج فاميليز فيرست وإعالة الأطفال في آن واحد. **إذا حصلت على برنامج فاميليز فيرست، عليك مساعدتنا على إثبات هوية أب الطفل. كما عليك أن تعمل معنا لتحصيل أقساط إعالة الأطفال للأطفال الخاضعين لبرنامج فاميليز فيرست. ولن نحاول تحصيل أقساط إعالة إذا أثبت وجود سبب وجيه لعدم القيام بذلك. ويجب أن تذهب كافة أقساط إعالة الأطفال أولاً لدائرة** TDHS. وإن أعطاك أحد الوالدين مالاً مباشرةً، عليك إرساله إلى دائرة TDHS. **وقد تتمكن من** **إعادة تحصيل بعض أو كافة أقساط إعالة الأطفال.** ونسمي هذه المدفوعات بمدفوعات المرور لإعالة الأطفال.  ويعتمد مبلغ دفعة مرور إعالة أطفالك على كلا "إحتياجك غير المستوفى" والمبلغ المدفوع لإعالة الأطفال. ونفترض إحتياجك غير المستوفى بناءً على:   * عدد الأشخاص الذين تغطيهم الدفعة النقدية لبرنامج فاميليز فيرست؛ و * قيمة الدخل الآخر الذي لديك؛ أو * يمكنك الاستعلام من مسؤول قضيتك في دائرة TDHS عن مبلغ الإحتياج غير المستوفى. | |
| هل تريد تقديم طلب التصويت في الإنتخابات القادمة؟ يقتضي القانون الفدرالي والخاص بالولاية أن نسألك إن كنت تريد التسجيل للتصويت. فعلينا أن نطرح هذا السؤال كلما قدمت أو أعدت تقديم طلب للمخصصات، أو عندما يعاد إعتمادك للحصول على مخصصات، أو إن إتصلت لتخبرنا بأنك غيرت مسكنك. وسنساعدك على إستكمال كافة هذه الإستمارات. | |
| معلومات تسجيل الناخبين:   * لن تتغير المخصصات التي تتلقاها من دائرة TDHS بصرف النظر عما إذا سجلت أو لم تسجل للتصويت. * يمكننا مساعدتك على تقديم الطلب. ويعود لك قرار الحصول على مساعدة. ويجوز لك إستكمال الإستمارة بمفردك. * يمكنك رفع شكوى لمنسق الإنتخابات: Coordinator of Elections, Secretary of State’s Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243 على الرقم 1-615-741-7956، و"مركز تينيسي لترحيل البيانات" [Tennessee Relay Center] على الرقم 1-800-848-0299، إذا كنت تعتقد أن: * شخصاً تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت. * شخصاً تدخل في حقك في الخصوصية عند إتخاذ قرار التسجيل أو تقديم طلب التسجيل للتصويت. * إذا إخترت التسجيل أو الرفض، لن نخبر أي شخص خارج لجنة الإنتخابات حول قرارك ولا أين قدمت الطلب. وسنستخدم ذلك فقط لأغراض التسجيل. * ستتبين لجنة الإنتخابات في المقاطعة إذا كنت تستطيع التسجيل للتصويت. **لا** تقوم بذلك دائرة TDHS. * إذا كنت مسجلاً للتصويت، سترسل لك لجنة الإنتخابات بطاقة تسجيل الناخبين. وإذا لم تستلم البطاقة خلال ثلاثة أسابيع، استعلم عن ذلك من لجنة الإنتخابات. * إذا ارسلت طلبك عبر البريد للجنة الإنتخابات في مقاطعتك، عليك التصويت شخصياً عند تصويتك للمرة الأولى. * سنرسل لك عبر البريد إستمارة "طلب عبر البريد لتسجيل الناخبين" [Mail-In Application for Voter Registration] في غضون ثلاثين (30) يوماً إذا كنت تخبرنا عبر الهاتف أو الإنترنت عن: * تغيير في العنوان * إستمارة طلب * إستمارة إعادة طلب * إعادة إعتماد * معاينة   وإذا كانت المهلة الأخيرة للتسجيل بعد أقل من ثلاثين (30) يوماً، سنرسل لك الإستمارة عبر البريد في غضون خمسة (5) أيام أو في يوم العمل التالي إن أمكن ذلك. | |
| قانون **HIPAA**:  يقول قانون **HIPAA الفدرالي إن علينا أن نحفظ الوقائع حول صحتك طي الكتمان. كما أنه يقول إن علينا أن نعطيك هذا الإخطار. إليك القواعد التي علينا أن نتبعها لحفظ الوقائع حول صحتك طي الكتمان. وهذه القواعد قد تتغير. وفي حال طرأت تغييرات هامة، سنخبرك بذلك.** | |
| ومن أجل تحديد أهليتك لبرنامج فاميليز فيرست، قد تتقاسم دائرة **TDHS** معلوماتك الصحية الخاصة مع:   * بعض موظفي الدائرة الذين يحتاجون إليها كي يقرروا إذا يمكنك الحصول على برنامج فاميليز فيرست. * كما قد تتقاسم دائرة TDHS معلوماتك الصحية الخاصة مع الوزارة الفدرالية للصحة والخدمات الإنسانية لأنها تتولى رقابة برنامج فاميليز فيرست. | |
| **بيان عدم التمييز لوزارةUSDA**  تحظر وزارة الزراعة الأمريكية [U.S. Department of Agriculture] أيضاً التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو المعتقد الديني أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أوالثأر أو الإنتقام على أساس نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به وزارة USDA أو تموله.  وعلى ذوي الإعاقات المستلزمين لوسائل إتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل بريل أو الخط الكبير أو الشريط السمعي أو لغة الإشارات الأمريكية أو إلخ.) الإتصال بالمؤسسة (للولاية أو المحلية) حيث قدموا طلباً للمخصصات. ويجوز للأفراد الصم أو ذوي الصعوبة في السـمع أو ذوي الإعاقات في النطق الإتصال بوزارة USDA عبر "الخدمة الفدرالية لترحيل الإتصالات" [Federal Relay Service] على الرقــم (800) 877-8339. وبالإضافة إلى ذلك، قد يتم تزويد معلومات برامج بلغات غير الإنجليزية.  ولرفع شكوى تمييز في شأن البرنامج، يرجى إستكمال "إستمارة شكوى التمييز في أحد برامج USDA" [USDA Program Discrimination Complaint Form] (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على: www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html ولدى أي مكتب لوزارة USDA أو كتابة رسالة موجهة إلى وزارة USDA ومحتوية على كافة المعلومات المطلوبة في الإستمارة. ولطلب نسخة من إستمارة الشكوى، يرجى الإتصال بالرقم (866) 632-9992. ويرجى تقديم إستمارتك المستكملة أو الرسالة إلى وزارة USDA عبر:  (1) البريد العادي: U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue, SW  Washington D.C. 20250-9410؛ أو  (2) الفاكس: (202) 690-7442؛ أو  (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](about:blank).  وللحصول على أي معلومات أخرى تتناول مسائل متعلقة بـ"برنامج المساعدة الغذائية الإضافية" [Supplemental Nutrition Assistance Program] (SNAP)، على الأفراد الإتصال بالخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم (800) 221-5689 المتوفر أيضاً باللغة الإسبانية، أو الإتصال بـ"أرقام معلومات/الخطوط الساخنة للولاية" [State Information/Hotline Numbers] (انقر على الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية) الموجودة على الإنترنت على: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\_info/hotlines.htm](about:blank).  ولرفع شكوى تمييز في شأن برنامج يتلقى مساعدة مالية فدرالية عبر "وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية" [U.S. Department of Health and Human Services] (HHS)، راسل: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الإتصال بالرقم (202) 619-0403 (صوت) أو (800) 537-7697 (TTY).  تقدم هذه المؤسسة فرصاً متكافئة في العمل. | |
|  | |
|  | |
| حقك في الحصول على جلسة منصفة:  **ماذا يحدث إذا لم توافق على ما قررناه حول طلبك أو قضيتك؟ يمكنك الإستئناف بطلب عقد جلسة منصفة. ويجوز لك التكلم بالنيابة عن نفسك خلال الجلسة. كما يجوز لك أن تحضر صديقاً أو قريباً أو محامياً للتكلم بالنيابة عنك. وبعدما تسمع منا، أمامك 90 يوماً لرفع إستئناف لمخصصات برنامجي فاميليز فيرست وSNAP.** وإن أردت مواصلة مخصصاتك بينما يتم إتخاذ قرار حول الإستئناف، عليك أن تطلب ذلك منا في غضون 10 أيام لبرنامجي فاميليز فيرست وSNAP. وإن خسرت قضية الإستئناف، قد تجبر على إعادة دفع المخصصات التي تلقيتها أثناء وقت إتخاذ قرار حول الإستئناف. **وإذا أردت رفع إستئناف، اخبر مسؤول قضيتك لدى دائرة TDHS. ويمكنك أيضاً الإتصال بمركز خدمة مساعدة الأسرة على الرقم 1-866-311-4287. هذه المكالمة مجانية.** | |
| إذن الإفراج عن سجلات حضور المدرسة:  أنا (المشارك) أعطي إذناً لدائرة تعليم تينيسي أو مدرسة طفلي بالإفراج لدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية عن سجلات حضور المدرسة للأطفال الذين شملتهم على هذا الطلب. وستستخدم دائرة الخدمات الإنسانية هذه السجلات، بما فيها أرقام الضمان الإجتماعي، لمساعدتي على الإيفاء بمسؤولياتي في برنامج فاميليز فيرست وسيتم تدمير السجلات عندما لا تعد مطلوبة. | |
| إذن الإتصال بي:  أوافق على أنه يجوز لدائرة TDHS أن تتصل بي عبر البريد الأمريكي أو عبر الهاتف على العنوان والأرقام المذكورة على إستمارة طلبي، وأن تترك رسائل عندما أكون غير متوفر، وذلك حسبما هو ضروري لتزويد المعلومات حول إستمارة طلبي للمخصصات/الخدمات أو المخصصات/الخدمات التي أتلقاها حالياً. | |