

طلب للحصول على المساعدة

وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية ماريلاند



للاستخدام المكتبي فقط

التاريخ:

يستخدم هذا النموذج للبرامج الثلاثة الأولى المدرجة أدناه. يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يخبرك بكيفية التقديم.

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)

يساعد برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الأسر ذات الدخل المنخفض على شراء الطعام الذي تحتاجه لصحة جيدة.



المساعدة الطبية

المساعدة الطبية (MA) هي برنامج شامل لتأمين الرعاية الصحية للأسر والأفراد ويوفر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للعديد من سكان الولاية ذوي الدخل المنخفض. قد يكون الأفراد مؤهلين للحصول على الخدمات حسب الدخل وعوامل أخرى.

يقدم برنامج ماريلاند لصحة الأطفال (MCHP) استحقاقات صحية كاملة للأطفال حتى سن 19 عامًا، وللنساء الحوامل من أي عمر ممن يستوفون إرشادات الدخل. يمكن للأخصائي الاجتماعي الخاص بك مناقشة إرشادات الدخل معك.



المساعدة النقدية

وتقدم المساعدة النقدية المؤقتة (TCA) مساعدة نقدية للأسر المحتاجة التي لديها أطفال عندما لا يفي دخل وموارد الأسرة باحتياجاتها. يشارك الأشخاص الذين يتقدمون بطلبات للحصول على مساعدة نقدية مؤقتة ويتلقونها في أنشطة العمل.

تقدم المساعدة الطارئة للأسر التي لديها أطفال (EAFIC) مساعدة نقدية للأسر التي تواجه أزمات، مثل الإخلاء أو حالات الطوارئ الأخرى. يوفر برنامج المساعدة المؤقتة لذوي الإعاقة (TDAP) مساعدة نقدية للبالغين ذوي الإعاقة الذين لا يستطيعون العمل.



خدمات رعاية الأطفال

يساعد برنامج اقتناء رعاية الأطفال (POC) الأسر المؤهلة على دفع تكاليف رعاية الأطفال من خلال القسائم. يمكن استخدام القسائم لاقتناء الرعاية من أي مركز أو منزل مرخص لرعاية الأطفال. يمكن أيضًا استخدام القسائم لدفع رواتب أفراد الأسرة المعتمدين الذين يقدمون رعاية الأطفال. سيخبرك الأخصائي الاجتماعي بكيفية التقدم للحصول على هذه المساعدة.



المساعدة في مجال الطاقة

يساعد مكتب برامج الطاقة المنزلية (OHEP) العائلات على دفع فواتير المرافق الخاصة بهم، وتقليل أزمات التدفئة، وجعل تكاليف الطاقة في متناول الجميع من خلال برنامج المساعدة في مجال الطاقة في ماريلاند وبرنامج الخدمة الكهربائية الشاملة. سيخبرك الأخصائي الاجتماعي بكيفية التقدم للحصول على هذه المساعدة.



هذا القسم مخصص للاستخدام المكتبي فقط

الفئة	رقم وحدة المساعدة (AU)	الحالة	فحص نظام معلومات إدارة فرص العمل (WOMIS)	مطلوب إعادة تكاليف الفضية
				من: الموضح:
				إلى: الفاحص:

معلومات عامة

حول برنامج المساعدة الغذائية التكميلية

لديك الحق في تقديم طلب لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية على الفور عن طريق ملء اسمك وعنوانك والتوقيع على مقدمة نموذج طلب المساعدة هذا. إذا كنت مؤهلاً، فسنقدم الاستحقاقات من تاريخ تلقينا النموذج الموقع.

قد تحصل على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية على الفور إذا أعطيتنا دليلاً على هويتك وينطبق عليك أحد ما يلي:

- الإيجار الشهري أو الرهن العقاري والمرافق لأسرتك أكثر من دخل وموارد أسرتك.
- يبلغ الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك أقل من 150 دولاراً ومواردك، مثل الحسابات الجارية أو حسابات التوفير، 100 دولار أو أقل.
- أسرتك هي أسرة مهاجرة أو عاملة في مزارع موسمية.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية على الفور، فسنعمل على طلبك في غضون 7 أيام من تاريخ توقيع هذا النموذج.

لا تكمل الأسئلة التالية. للاستخدام المكتبي فقط.

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المعجل

يجق لمقدمي الطلبات الذين يستوفون المعايير المعجلة أدناه الحصول على استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية في غضون 7 أيام. يجب على الأسر إكمال طلب المساعدة والتوقيع عليه وتقديم إثبات الهوية قبل الموافقة على الاستحقاقات.

1. هل إجمالي دخل الأسرة هذا الشهر، قبل الاقتطاعات، أقل من 150 دولاراً، ونقود/مدخرات الأسرة 100 دولار أو أقل؟

لا نعم

أ. مبلغ الإيجار الشهري أو الرهن العقاري للأسرة
ب. معيار المرفق المناسب
ج. الدخل الشهري التقريبي
د. نقود/مدخرات الأسرة لجميع الأفراد

\$ _____
\$ _____ إجمالي \$
\$ _____
\$ _____ إجمالي \$

2. هل تتجاوز تكاليف المأوى الإجمالية الدخل والموارد الشهرية؟

لا نعم

3. هل أفراد الأسرة مهاجرون أو عمال موسميون فقراء تزيد نقودهم ومدخراتهم عن 100 دولار أو أقل؟

لا نعم

4. إذا كانت الإجابة على أي أسئلة من 1 إلى 3 نعم، فعجل. مؤهل للتسجيل؟

لا نعم

أشهد أنني قمت بفحص هذا المتقدم للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المعجل، والتحقق من هوية مقدم الطلب، وقررت أن الأسر كانت لم تكن .
تحتل أن تكون مؤهلة للصدور المعجل في هذا الوقت.

التاريخ

توقيع الفاحص

الخطوة 1: أخبرنا عن نفسك

لطلب المساعدة، أكمل هذا القسم ووقع اسمك. يمكننا مساعدتك بسرعة أكبر إذا ملأت النموذج بأكمله.

عنوان البريد الإلكتروني

الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان المنزل (الرقم والشارع)

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان البريدي (الرقم والشارع أو صندوق البريد)

الهاتف الخليوي

هاتف العمل

هاتف المنزل

تاريخ اليوم

توقيعك

الممثل المفوض:

يمكنك اختيار شخص لتمثيلك. إذا اخترت شخصًا لمساعدتك، أعطنا المعلومات التالية عن الشخص وحدد ما تريد أن يفعله هذا الشخص.

رقم الهاتف

العلاقة

الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الرقم، الشارع

حدد ما تريد أن يفعله الممثل:

- مقابلة كاملة لك استخدم بطاقة تحويل الاستحقاقات الإلكترونية الخاصة بك (نقدًا) استلم إخطاراتك وقع على طلبك استخدم استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية استلم بطاقة المساعدة الطبية الخاصة بك

الخطوة 2: أخبرنا كيف يمكننا مساعدتك

1. ما نوع المساعدة التي تحتاجها الآن؟ (اختر كل ما ينطبق)

- برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المساعدة النقدية الإحالة إلى خدمات رعاية الأطفال الإحالة إلى المساعدة في مجال الطاقة المساعدة الطبية

2. هل لديك أي فواتير طبية غير مدفوعة من الأشهر 3 الماضية؟ نعم لا

3. هل لديك أي من هذه المشاكل؟

- إغلاق المرافق الإخلاء أو الرهن دون طعام دون تدفئة دون مكان للبقاء لا تستطيع تحمل تكاليف رعاية الأطفال غير ذلك

4. ما نوع المساعدة التي تحصل عليها أنت أو أي شخص يعيش معك الآن؟

نوع المساعدة	الأشخاص الذين يتلقون المساعدة

5. هل تلقيت أنت أو أي شخص يعيش معك مساعدة من ولاية أخرى غير ولاية ماريلاند؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ملء الفراغات أدناه)
 نعم لا

نوع المساعدة

متى تلقيتها

الولاية التي تلقيتها فيها

6. هل لدى أي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج صحة الأطفال في ماريلاند تأمين صحي قائم على الموظفين (تأمين تحصل عليه في الوظيفة)؟
 نعم لا

7. هل قام أي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج صحة الأطفال في ولاية ماريلاند بإلغاء التأمين القائم على الموظفين في الأشهر 6 الماضية؟
 نعم لا

الخطوة 3: أخبرنا عن الأشخاص في أسرتك

8. أخبرنا عن الأشخاص الذين يعيشون معك.

املأ الفراغات لكل من يعيش معك. ضع اسمك أولاً. رقم الضمان الاجتماعي والجنسية اختياريان للأعضاء الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على الاستحقاقات.

رقم هوية العميل	أنت
<p>نفسه</p> <p>العلاقة بك</p> <p>العرق</p> <p>الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)</p> <p>تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>الحالة الاجتماعية</p> <p>يقدم طلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>ذو إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>

رقم هوية العميل	عضو إضافي في الأسرة
<p>نفسه</p> <p>العلاقة بك</p> <p>العرق</p> <p>الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)</p> <p>تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>الحالة الاجتماعية</p> <p>يقدم طلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>ذو إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>

رقم هوية العميل	عضو إضافي في الأسرة
<p>نفسه</p> <p>العلاقة بك</p> <p>العرق</p> <p>الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)</p> <p>تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>الحالة الاجتماعية</p> <p>يقدم طلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>ذو إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>

رقم هوية العميل		عضو إضافي في الأسرة		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	العرق	العلاقة بك	الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
الحالة الاجتماعية		رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مواطن أمريكي	ذو إعاقة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

رقم هوية العميل		عضو إضافي في الأسرة		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	العرق	العلاقة بك	الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
الحالة الاجتماعية		رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مواطن أمريكي	ذو إعاقة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

رقم هوية العميل		عضو إضافي في الأسرة		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	العرق	العلاقة بك	الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
الحالة الاجتماعية		رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مواطن أمريكي	ذو إعاقة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

رقم هوية العميل		عضو إضافي في الأسرة		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	العرق	العلاقة بك	الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
الحالة الاجتماعية		رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	مواطن أمريكي	ذو إعاقة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

9. هل أي شخص في منزلك حامل؟

الموعد المتوقع للولادة

الاسم الكامل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)

10. ضع قائمة بأي أولياء أمور غائبين لأطفال في أسرتك.

ولي أمر الطفل الذي لا يعيش معك هو ولي أمر غائب. قم أيضًا بإدراج شريك حياتك إذا لم يكن يعيش معك. أدرج ما تعرفه عن الشخص.

رقم هوية العميل	رقم الضمان الاجتماعي	العنوان	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول)

الخطوة 4: أخبرنا عن دخلك

11. أخبرنا في هذا القسم عن كل الأموال التي يحصل عليها أفراد أسرته كل شهر، سواء كانت مكتسبة أو غير مكتسبة. نحن بحاجة إلى هذه المعلومات حتى تتمكن من منحك الاستحقاقات الصحيحة. أدرج الدخل بأكمله قبل الاقتطاعات. حدد نوع ومقدار الدخل. (أنواع الدخل تشمل الدخل بدوام كامل أو جزئي، العمل الحر، مجالسة الأطفال، الوظائف الفردية المختلفة، العمل اليومي، مدفوعات السكن/الإقامة، استحقاقات الضمان الاجتماعي، المعاشات التقاعدية، النفقة، إعالة الأطفال، المساعدة النقدية المؤقتة وأي دخل آخر مكتسب أو غير مكتسب.)

اسم الشخص ذو الدخل	نوع الدخل	اسم صاحب العمل وعنوانه	مقدار الدخل	عدد المرات التي يتم استلامه
			\$	
			\$	
			\$	

12. إذا كنت لا تعمل الآن، فمتى انتهت وظيفتك؟

اسم صاحب العمل وعنوانه

تاريخ آخر راتب تم استلامه

سبب انتهاء الوظيفة

تاريخ انتهاء الوظيفة

الخطوة 5: أخبرنا عن الأصول التي تمتلكها

13. يرجى إخبارنا عن الأصول التي تمتلكها، بما في ذلك الأموال التي لديك وجميع الأشياء التي تمتلكها. تشمل الأمثلة على الأصول الحسابات المصرفية، شهادات الإيداع، الاستثمارات، الأسهم، السندات، والممتلكات التي لا تعيش فيها.

نوع الحساب المصرفي أو الأصول	المبلغ في الحساب أو قيمة الأصول	اسم الشخص الذي لديه الحساب/الأصول
	\$	
	\$	
	\$	

الخطوة 6: أخبرنا عن نفقاتك

أجب على هذه الأسئلة أذا كنت تتقدم بطلب للحصول على استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية.

14. أخبرنا في هذا القسم عن تكاليفك للمكان الذي تعيش فيه والنفقات الأخرى.

النفقة	المبلغ	كم عدد المرات؟	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع
الإيجار أو الرهن العقاري	\$		
الضرائب والتأمين	\$		
رسوم المبنى التعاوني أو الشقة أو إيجار الأرض	\$		
المياه، الصرف الصحي، القمامة	\$		
الغاز، الكهرباء	\$		
الهاتف	\$		
تكاليف رعاية الأطفال أو البالغين (مجالسة الأطفال)	\$		
التكاليف الطبية للمسنين أو ذوي الإعاقة	\$		
إعالة الأطفال الملزمة قانوناً	\$		

15. هل التدفئة مشمولة في الإيجار الخاص بك؟
إذا كانت التدفئة غير مشمولة في الإيجار، فكيف تقوم بتدفئة منزلك؟
كيف تقوم بتدفئة منزلك؟
16. هل تدفع مقابل تكييف الهواء؟
اسم شركة المرافق أو الشخص الذي تدفع له
17. هل يساعدك شخص ما في تكاليف المأوى؟
الاسم الكامل للشخص الذي يساعدك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
18. هل تقوم بمشاركة أيًا من تكاليف المأوى المذكورة أعلاه؟
الاسم الكامل للشخص الذي يقوم بمشاركة تكاليف المأوى (الأخير، الأول، الحرف الأول)
حصدتك
19. هل تعيش في مساكن عامة، أو الإسكان للقسم 8، أو إسكان إدارة منازل المزارعين (FMHA) للقسم 515؟
هل حصلت على مساعدة في مجال الطاقة (مساعدة من الولاية في التدفئة أو فواتير الكهرباء) في عنوانك الحالي خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟
20. هل حصلت على مساعدة في مجال الطاقة (مساعدة من الولاية في التدفئة أو فواتير الكهرباء) في عنوانك الحالي خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟

استعلام إقرار الأسرة - اكمل إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية مؤقتة أو برنامج المساعدة الغذائية التكميلية

1. هل أدين أي شخص في أسرتك بما يلي:
a. جنائية زعيم مخدرات في أو بعد 22 أغسطس 1996؟
(تاجر المخدرات - منظم أو مشرف أو ممول أو مدير يعمل كمتآمر مشارك في مؤامرة لتصنيع أو توزيع أو صرف أو نقل أو جلب مادة خطيرة خاضعة للرقابة إلى الولاية).
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
- b. شخص يواجه تهمة توزيع مخدرات كبيرة في جنائية مخدرات في أو بعد 22 أغسطس 1996؟
(شخص يواجه تهمة توزيع مخدرات كبيرة - أي فرد يصنع أو يوزع أو يقسم أو يمتلك كميات معينة من مادة خطيرة خاضعة للرقابة).
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
2. هل أدين أي شخص في أسرتك بعد 7 فبراير 2014، بالاعتداء الجنسي المشدد، القتل، الاستغلال الجنسي وغير ذلك من الاعتداء على الأطفال، الاعتداء الجنسي على النحر المحدد في قانون العنف ضد المرأة لعام 1994، أو قانون الولاية المماثل، وأيضًا لا يلتزم بشروط العقوبة؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
3. هل ينتهك أي شخص في أسرتك حاليًا شروط الإفراج المشروط أو المراقبة أو هارب من الشرطة أو المحاكم؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
4. هل أدين أي شخص في منزلك منذ 22 أغسطس 1996، في محكمة فيدرالية أو محكمة تابعة لولاية لعدم قول الحقيقة حول مكان إقامته أو هويته لتلقي استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو المساعدة النقدية من أكثر من مكان في نفس الشهر؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
5. هل أدانت المحكمة أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة التبادل أو الاتجار باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية البالغة 500 دولار أو أكثر؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟
6. هل يحصل أي شخص في أسرتك على استحقاقات تحت هوية أخرى أو كعضو في أسرة أخرى أو في ولاية أخرى؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟

حقوق العملاء

وفقاً لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق ولون البشرة والأصل القومي والجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) والعقيدة الدينية والإعاقة والعمر والمعتقدات السياسية أو الثأر أو الانتقام من نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم تنفيذه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الخدمات الصحية والإنسانية الأمريكية (HHS)، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تعمل فيها وزارة الخدمات الصحية والإنسانية بشكل مباشر محظورة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة الخدمات الصحية والإنسانية.

وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، الطباعة بأحرف كبيرة، الأشرطة الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالهيئة (التابعة للولاية أو المحلية) حيث يتقدمون بطلبات للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمات الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

تقدم وزارة الزراعة الأمريكية المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من برامج الأمن الغذائي والحد من الجوع مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، وبرنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR) وغيرها. لتقديم شكوى برنامج بشأن التمييز، أكمل نموذج الشكوى ضد التمييز في البرامج (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو إرسال رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية وتقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق البريد: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314، أو بالفاكس: 1665-256 (833) أو الهاتف: 690-7442 (202)؛ أو الفاكس: 1071-620 (833)؛ أو البريد الإلكتروني: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بمسائل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 221-5689 (800)، والذي يوجد أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن) انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية؛ يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت علم، العنوان التالي: [الخط الساخن لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية](#).

تقدم وزارة الخدمات الصحية والإنسانية المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والسلامة، بما في ذلك برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، برنامج الاستعداد للمدرسة (Head Start)، وبرنامج المساعدة في مجال الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP)، وغيرها. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز بسبب عرقك أو لونك أو أصلك القومي أو إعاقتك أو عمرك أو جنسك (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية)، أو الدين في البرامج أو الأنشطة التي تديرها وزارة الخدمات الصحية والإنسانية مباشرة أو التي تقدم لها وزارة الخدمات الصحية والإنسانية المساعدة المالية الفيدرالية، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) لنفسك أو لشخص آخر

لتقديم شكوى ضد التمييز لنفسك أو لشخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الخدمات الصحية والإنسانية، قم بإكمال النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr>. يمكنك أيضاً التواصل مع مكتب الحقوق المدنية عبر البريد على: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ أو الفاكس: 3818-619 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى مكتب الحقوق المدنية على OCRMail@hhs.gov أو الاتصال برقم مكتب الحقوق المدنية مجاناً على الرقم 1-800-368-1019، جهاز اتصالات للصم 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في الكلام، يرجى الاتصال بالرقم 1-7-1-1 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات.

هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

أشهد، تحت عقوبة الحنث باليمين، أن جميع المعلومات التي قدمتها بهذا النموذج صحيحة ودقيقة وكاملة على قدر استطاعتي واعتقادي ومعرفتي، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية ووضع الأجنبي لأولئك الذين يتقدمون بطلب للحصول على الاستحقاقات. أسمح لأي شخص أو شركة أو جمعية أو هيئة حكومية تعرف الحقائق حول أهليتي لتقديم هذه المعلومات إلى الإدارة. كما أنني أفوض الوزارة بالاتصال بأي شخص أو شركة أو جمعية أو هيئة حكومية قدمت دليلاً على أهليتي للحصول على الاستحقاقات.

توقيعك

تاريخ اليوم

توقيع الممثل المفوض (إن وجد)

تاريخ اليوم

معلومات إضافية

إذا كنت بحاجة إلى مساحة لكتابة معلومات لا تتسع في صفحة أخرى، أضفها هنا:
