

التاريخ : 04/01/2023  
رقم الحساب : 775301588  
رقم المستند : 22756687  
نوع الإشعار : HXR



STATE OF RHODE ISLAND  
P.O. BOX 8709  
CRANSTON, RI 02920-8787



MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

### كيفية التواصل معنا

عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

للسئلة حول التغطية الصحية بأسعار معقولة، اتصل بـ  
HealthSource RI على الرقم 1-855-840-4774

للسئلة حول التغطية الصحية الميسورة التكلفة أو برامج إدارة  
الخدمات الإنسانية، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

### إشعار إعادة التأهيل/التجديد

الإجراء المطلوب: راجع المعلومات المتوفرة لدينا في ملفك

### لم تتلقى هذا الإشعار؟

حان الوقت لنا لمراجعة أهليتك للبرامج التالية. إذا كان اسمك مدرجًا في المربع التالي، فيرجى إكمال هذا النموذج وتوقيعه وإعادة إرساله مع الإثبات المطلوب، وإلا فقد تنتهي مزايك.

يجب علينا كل عام مراجعة حالتك لمعرفة ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج Medicaid أم لا. نحن نقرر ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً استنادًا إلى المعلومات التي قدمتها لنا أم لا. ونتحقق بعد ذلك من هذه المعلومات باستخدام أدوات التحقق الإلكترونية. لم تتمكن من تحديد إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك لا تزالان مؤهلين لتغطية Medicaid استنادًا إلى المعلومات التي قدمتها لنا. لاستمرار أهليتك في تغطية Medicaid وعدم فقدانها، يرجى قراءة هذا النموذج بعناية وكتابة المعلومات المتغيرة عن المستفيد. يرجى التأكد من توقيع نموذج التجديد وإعادة إرساله كاملاً.

التاريخ المقرر لانتهاؤ المزاي الحالية	الاسم	اسم البرنامج
05/31/2023	MEDICAID RECIPIENT	Medicaid

للتأكد من استمرار الحصول على المزاي، **يجب إعادة إرسال نموذج التجديد هذا في غضون 30 يومًا من تاريخ الإشعار** هذا لتوفير الوقت للمعالجة. علمًا بأنه قد تختلف إجراءات كل برنامج للتجديد. يرجى قراءة المعلومات الواردة أدناه حول كيفية تجديد أهليتك لكل برنامج.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، فيرجى الاتصال هاتفياً بالرقم (1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS.

كيف أجري التجديد؟

**:MEDICAID**

لمزيد من المعلومات، قُم بزيارة <https://healthyrhode.ri.gov>



إذا أخبرناك بأنه **تقرر وقف تغطية Medicaid الخاصة بك**، فهذا يعني أننا بحاجة إلى تزويدنا ببعض المعلومات لتحديد إذا كنت لا تزال مؤهلاً أم لا. يرد في الإشعار أدناه المعلومات التي نحتاج إلى أن تزودنا بها.

- **البريد:** إذا اخترت الرد عبر البريد، يرجى كتابة المعلومات التي تغيرت في عمود "Updated Information" (المعلومات المحدثة) في هذا الإشعار. إذا لم تكن هناك معلومات مطبوعة مسبقاً وقمت بإرجاع هذا النموذج، فاملا المربعات باستخدام "المعلومات الحالية". يرجى التأكد من التوقيع على النموذج وكتابة التاريخ. يمكن إرسال النموذج بالبريد إلى العنوان الموجود أعلى هذا الإشعار.
- **التسليم إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS):** إذا اخترت تسليم النموذج إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS)، يرجى اتباع الإرشادات المذكورة أعلاه الخاصة بالبريد. لمعرفة مواقع المكتب، فم زيارة الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) أو اتصل بالرقم (1-855-697-4347) (1-855-MY-RI-DHS).
- **عبر الإنترنت:** يمكنك أيضاً الانتقال إلى "User Account" (حساب المستخدم) الخاص بك على <https://healthyrhode.ri.gov> وإجراء التغييرات.

#### ما التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها؟

- **الدخل:** من الضروري أن نعرف أي تغييرات في دخل المستفيد وأي زوج(ة) أو معالين يتم أخذهم في الاعتبار عند تحديد المبلغ الذي يجب دفعه مقابل تكلفة الرعاية كل شهر.
- **الموارد:** من الضروري أيضاً أن نعرف إذا زادت موارد المستفيد و/ أو إذا تم بيع أي موارد يمتلكها المستفيد بشكل مباشر أو مشترك أو تحويلها إلى شخص آخر.
- **العنوان وترتيبات المعيشة:** يجب إعلامنا إذا كان المستفيد قد انتقل من سكنه أو غير عناوينه، أو انضم إلى دار رعاية دائمة أو مرفق رعاية مسنين أو منزل جماعي، أو غادر منه، أو إذا كان يجهز للانتقال إلى منزل معيشة مشتركة جديد أو مختلف.
- **الظروف العائلية والأسرية:** نحتاج إلى معرفة إذا حدثت تغييرات في أسرة المستفيد مثل إذا كان الزوج(ة) أو أحد معالي المستفيد قد مات، أو حصل على الطلاق، أو تزوج شخصاً آخر، أو انتقل إلى منزل أو خرج منه أو باع منزلاً لا يتم احتسابه كمورد.
- **وضع الهجرة:** يجب عليك إخبارنا إذا كانت حالة الهجرة للمستفيد من غير المواطنين و/ أو الراعي قد تغيرت منذ تاريخ الطلب الأولي أو التجديد الأخير.

#### كيف سَتُجدد تغطية Medicaid الخاصة بي؟

- إذا طلب منك تقديم مستندات إضافية أو أبلغت عن تغييرات، فسنراجع المعلومات التي تزودنا بها ونقرر إذا كنت مؤهلاً لتجديد تغطية Medicaid الصحية الخاصة بك أم لا. سنرسل إليك خطاباً آخر لإعلامك بقرارنا أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات قبل تاريخ التجديد.

#### إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يرجى استخدام قسم تعليقات العملاء الموجود في نموذج التجديد هذا.

إذا رغبت في التقدم بطلب للحصول على برامج إضافية، فإنه يجب عليك إكمال طلب مساعدة (Assistance Application) (DHS-2) جديد أو التقدم بطلب عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني [healthrhode.ri.gov](http://healthrhode.ri.gov). يرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف المذكور أعلاه لتقديم طلب جديد أو زيارة [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) لطباعة نموذج.

#### معلومات الحساب الجاري

يرجى التحقق من المعلومات الواردة أدناه. إذا حدث تغيير في المعلومات، يرجى تحديث المعلومات في عمود "Updated Information" (المعلومات المحدثة) الموجود على اليسار.



معلومات الاتصال لمقدم الطلب الأساسي

هل لا تزال معلومات الاتصال الواردة أدناه الخاصة بمقدم الطلب الأساسي صحيحة؟  نعم  لا – يرجى تقديم المعلومات المحدثة الواردة أدناه.

المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
	123 MAIN ST CITY, RI 12345	عنوان المنزل
	123 MAIN ST CITY, RI 12345	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
	123-456-7890	رقم الهاتف رقم الهاتف لتتواصل إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) معك لإجراء المقابلة المحددة (إذا كان ينطبق)
	English	البريد الإلكتروني لغة التحدث المفضلة
	English	لغة القراءة المفضلة

هل أنت بحاجة إلى مترجم فوري؟  نعم  لا  
يتم توفير خدمات الترجمة الفورية مجاناً عند الحاجة.

أفراد الأسرة المعيشية الحاليون

هل الأشخاص المذكورون أدناه ما زالوا يعيشون في منزلك؟  نعم  لا – إذا كانت الإجابة لا، يرجى إدخال تاريخ مغادرة الشخص (الأشخاص).

الاسم	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بمقدم الطلب الأساسي	اسم البرنامج (البرامج) المجدد	هل تقومون بشراء وإعداد وجبات الطعام معاً؟	تاريخ انتقال الشخص من المنزل*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

\*أمثلة الانتقال من المنزل: مسكن جديد، أو سجن، أو مستشفى، أو سكن جماعي، أو مرفق رعاية مسنين، أو برنامج سكني، أو دار رعاية دائمة، أو منزل جماعي، أو منزل معيشة مشتركة.

أفراد الأسرة المعيشية الجدد

يرجى إكمال الجدول أدناه لإضافة أسماء الأشخاص غير المذكورين أعلاه، بمن فيهم أي شخص انتقل إلى منزلك.

إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يرجى استخدام قسم تعليقات العملاء الموجود في نموذج التجديد هذا.

إذا كان أي من الأشخاص الذين انتقلوا إلى منزلك يتقدم بطلب للحصول على المزايا، يرجى تحديد المربعات المناسبة في العمود الموجود على اليسار.



المزايا المطلوبة	صلة القرابة بمقدم الطلب الأساسي	هل أنت مواطن أمريكي؟ (أجب فقط في حالة التقدم بطلب للحصول على المزايا)	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (أجب فقط في حالة التقدم بطلب للحصول على المزايا)	تاريخ الميلاد	اسم العضو الجديد في الأسرة المعيشية
RIW [ ] SNAP [ ] Medicaid [ ] GPA [ ] CCAP [ ]		لا [ ] نعم [ ]	____-____-____	____/____/____	
RIW [ ] SNAP [ ] Medicaid [ ] GPA [ ] CCAP [ ]		لا [ ] نعم [ ]	____-____-____	____/____/____	

هل يوجد في أسرتك المعيشية شخص كفيف أو معاق أو حامل أو يعيش في مؤسسة أو سكن مجتمعي؟  
 نعم - يرجى تزويدنا بالمعلومات أدناه  لا

هل يعيش هذا الشخص حاليًا في مؤسسة أو سكن مجتمعي؟ *يرجى التحديد	هل هذا الشخص حامل؟	هل حددت أي جهة حكومية هذا الشخص باعتباره كفيلاً أو معاقاً؟	الاسم
____ [ ] نعم، ____ [ ] لا	لا [ ] نعم [ ]	لا [ ] نعم [ ]	
____ [ ] نعم، ____ [ ] لا	لا [ ] نعم [ ]	لا [ ] نعم [ ]	

\*العيش في مؤسسة (يرجى التحديد: مستشفى، أو مرفق رعاية مسنين، أو برنامج سكني، أو سجن).  
 \*يعيش في سكن مجتمعي (يرجى التحديد: دار رعاية دائمة، منزل جماعي، منزل معيشة مشتركة).

### الدخل من العمل

يرد فيما يلي المعلومات المتوفرة لدينا حول الأشخاص الذين يتلقون دخلاً من العمل ضمن أسرتك المعيشية. يرجى إرفاق إثبات الدخل لأخر 30 يوماً، حتى لو لم تكن هناك تغييرات (غير مطلوب لتغطية Medicaid).

هل المعلومات أدناه صحيحة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى تقديم المعلومات الصحيحة وأي معلومات جديدة متعلقة بالدخل في الصفوف الفارغة المتوفرة في الجدول أدناه.

يرجى ملاحظة أنه قد لا يتم احتساب كل الدخل الذي أبلغت عنه في التجديد.



يرجى تضمين الدخل الوارد من العمل الحر، مثل الأموال التي تم الحصول عليها من شركة ما، أو مقابل رعاية الأطفال الذين لا يعيشون في المنزل، أو الدخل الذي تم الحصول عليه من عقار مستأجر يملكه أو يديره مستفيد في الأسرة المعيشية.

الاسم	الوضع الوظيفي	اسم صاحب العمل وعنوانه	إجمالي الدخل الشهري*

\*إجمالي الدخل الشهري: الدخل قبل اقتطاع أي مبالغ

### الدخل من مصادر أخرى

يرد فيما يلي المعلومات المتوفرة لدينا حول الدخل غير المكتسب. يرجى إرفاق إثبات الدخل لآخر 30 يومًا، حتى لو لم تكن هناك تغييرات (غير مطلوب لتغطية Medicaid).

يتناول هذا القسم الدخل من مصادر أخرى غير العمل، مثل الضمان الاجتماعي أو التقاعد أو التأمين ضد العجز أو استحقاقات الوراثة (Social Security, Retirement, Disability Insurance, or Survivor's benefits, RSDI)، واستحقاقات المحاربين القدامى، ومنها المعاشات التقاعدية ومدفوعات الإعانات والحضور، والدخل من تأجير العقارات أو عقود الإيجار، ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)، والتأمين ضد العجز المؤقت (Temporary Disability Insurance, TDI)، وتعويض العمال، والفوائد/ توزيعات الأرباح على الحسابات المالية، وإعانات التبني، والمخصصات العسكرية/ مخصصات المعاليين، ودعم الأطفال، و/ أو النفقة.

هل المعلومات أدناه صحيحة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى تقديم المعلومات الصحيحة وأي معلومات جديدة متعلقة بالدخل في الصفوف الفارغة المتوفرة في الجدول أدناه.

يرجى ملاحظة أنه قد لا يتم احتساب كل الدخل الذي أبلغت عنه في التجديد.

الاسم	نوع الدخل	المبلغ	وتيرة الحصول عليه

يؤثر الدخل الوارد في قسمي "الدخل من العمل" و"الدخل من مصادر أخرى" في هذا الإشعار في مزايا Medicaid الخاصة بك المقرر تجديدها. هذه هي أنواع الدخل الوحيدة التي نحتاج إلى معلومات محدثة بشأنها. يرجى الإبلاغ عن أي مصادر دخل جديدة في المساحة المخصصة.

### جدول رعاية الأطفال

إذا كنت تتلقى رعاية أطفال، يرجى ملء المربعات أدناه بجدول عملك الحالي وحاجتك إلى الخدمات.



[ ] العمل				سبب الحاجة (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)	
[ ] الاحتياجات الخاصة بسبب الحالة الصحية للطفل أو الوالدين				[ ] إكمال التعليم الثانوي/ دبلومة الكفاءة التعليمية العامة (GED) [ ] تدريب قصير المدة [ ] الجامعة	
ولي الأمر 1 (الاسم):		ولي الأمر 2 (الاسم):			
اليوم	وقت البدء	وقت الانتهاء	وقت البدء	وقت الانتهاء	
الإثنين					
الثلاثاء					
الأربعاء					
الخميس					
الجمعة					
السبت					
الأحد					
إذا كان جدولك الزمني مختلفاً، يرجى توضيح كيفية ذلك (يمكنك إرسال وثائق إضافية للتحقق).					

**المداومة بالمدرسة وحالة الطالب**

فيما يلي المعلومات المتوفرة لدينا حول من يداومون في المدرسة من أفراد أسرته المعيشية. هل المعلومات أدناه صحيحة؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى تقديم المعلومات الصحيحة وأي معلومات جديدة في الصفوف الفارغة المتوفرة في الجدول أدناه.

نوع المدرسة (صف الروضة إلى الصف 12، كلية، مدرسة تجارية)	هل تتلقى أموالاً مقابل العمل في أثناء الدراسة؟ نعم/ لا	أعلى مؤهل دراسي تم الحصول عليه	هل أنت مقيد بحضور نصف عدد الساعات المعتمة أو أكثر؟ نعم/ لا	اسم المدرسة	السن	الاسم
NA	NA	NA	No	UNKNOWN	99	MEDICAID RECIPIENT



إمكانية الوصول إلى تغطيات التأمين الصحي الأخرى

اسم شركة التأمين وعنوانها	أرقام معرفات المطالبة والعقد/ المجموعة و/ أو العضو	حالة التسجيل	اسم الخطة	اسم حامل بوليصة التأمين؟	الاسم



**موافقتك على مشاركة البيانات الخاصة بقرارات الأهلية المتعلقة ببرنامج MEDICAID والتغطية الصحية فقط**

يمكننا مساعدتك بشكل أفضل إذا تمكنا من العمل مع الوكالات والمتخصصين الآخرين الذين يعرفونك ويعرفون عائلتك. من خلال تحديد مربع "I Agree" (أوافق)، فإنك تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية الخاصة بك من مصادر متنوعة، بما يشمل إدارة العمل والتدريب في رود آيلاند (R.I. Department of Labor and Training, DLT) وإدارة الخدمات الإنسانية في رود آيلاند (R.I. Department of Human Services, DHS) والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في رود آيلاند (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHS) وإدارة الصحة في رود آيلاند (R.I. Department of Health, DOH) وإدارة الإصلاحات في رود آيلاند (R.I. Department of Corrections, RIDOC) ومؤسسة Experian نيابة عن مراكز خدمات Medicaid و Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) وإدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration, SSA)، واستخدامها ومشاركتها.

لن نرفض لك أي مزايا أو إمكانية الوصول لأي برنامج تكون مؤهلاً له لمجرد أنك لا تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية واستخدامها ومشاركتها. ومع ذلك، تقتضي الضرورة الحصول على موافقتك من أجل تحديد أهليتك أو تجديدها باستخدام مصادر البيانات الإلكترونية للبرامج الأخرى، مثل التأمين الصحي التجاري، من خلال HealthSourceRI.

يمكنك متابعة التسوق للحصول على تغطية التأمين الصحي وشرائها دون إكمال هذه الموافقة عن طريق الاتصال بمركز الاتصال الخاص بنا على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI، ولكن إذا رغبت في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على أي مساعدات مالية لشراء التغطية، وإذا كنت مؤهلاً للتسجيل في برنامج Medicaid، فسيكون من الضروري بالنسبة لك إكمال هذه الموافقة.

سيتم إجراء جميع عمليات مشاركة المعلومات واستخدامها التي تأذن بها من خلال تحديد مربع "I Agree" (أوافق) وفقاً لجميع القوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولاية ذات الصلة التي تحمي خصوصيتك، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (Pub. L. 104-191)، وسرية الاتصالات والمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية في رود آيلاند (R.I.G.L. 5-37.3-1 ومايليه)، والقوانين العامة في رود آيلاند أرقام 28-32-5 و 28-36-12 و 28-42-38 و 28-39-19 و 28-39-22 و 40.1-5-26 و 23-3-23 و 42-12-22 و 40-6-12، وجميع القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها. ستتم مشاركة المعلومات عن طريق نقل البيانات الحاسوبية.

بتحديد المربع الأول أدناه، فإنني أوافق على الحصول على المعلومات السرية الخاصة بي واستخدامها لتحديد أهليتي الأولية والمستمرة للتسجيل في تغطية التأمين الصحي الممولة من القطاع العام أو البرامج الأخرى الممولة من القطاع العام التي تتم إدارتها من خلال هذا الموقع الذي ينظم المزايا والمدفوعات ويوفرها وينسقها.

أوافق على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية.

لا أوافق، وأدرك أن أهليتي للبرامج الأخرى قد تتأثر بهذا القرار.





**التحذير بشأن فرض عقوبة**

يشير توقيعى أدناه إلى أنني قرأت أو قرئت لي الحقوق والمسؤوليات المرفقة بهذا النموذج. تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أشهد بأن جميع إجاباتي الواردة ضمن نموذج التجديد هذا صحيحة وكاملة على حد علمي، ومنها المعلومات المتعلقة بوضع المواطنة والهجرة وهوية الأطفال القصر الوارد ذكرهم في هذا النموذج. أدرك أنني أخالف القانون إذا قدمت معلومات خطأ عمدًا ويجوز معاقبتي بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو كليهما.

توقيع مقدم الطلب أو المستلم			
التاريخ	توقيع الممثل المفوض	التاريخ	
التاريخ	توقيع الشخص الذي ساعدك في إكمال هذا النموذج	التاريخ	توقيع الزوج/ الزوجة أو ولي أمر الطفل الآخر
التاريخ	توقيع ممثل الوكالة (للاستخدام المكتبي فقط)	التاريخ	توقيع الولي، أو الوصي، أو الوكيل المفوض

**طلب تسجيل الناخبين في ولاية رود آيلاند**

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في عنوانك الحالي، فهل ترغب في التسجيل للتصويت؟

نعم  لا

**ملاحظة:** إذا لم تقم بتحديد أي من المربعين، فسيتم اعتبار أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

لن يؤثر التقدم بطلب أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الإدارة. إذا كنت تود الحصول على المساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخب، فسندم لك المساعدة. طلب المساعدة أو قبولها هو قرار عائد لك. يمكنك ملء نموذج طلب تسجيل الناخب سراً. إذا اعتقدت أن شخصاً ما قد تدخل في حقك في التسجيل للتصويت أو حقك في رفض التسجيل للتصويت، أو حقك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت ترغب في التسجيل للتصويت أو التقدم بطلب للتسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فإنه يمكنك تقديم شكوى إلى منسق تسجيل الناخبين، Voter Registration Coordinator على العنوان 50 Branch Avenue, Providence, RI 02904، أو الاتصال بالرقم (401) 222 - 2345.



يوضح الجدول أدناه بعض أمثلة المستندات التي ستحتاج إلى تقديمها مع نموذج التجديد هذا. أعد نموذج التجديد المكتمل هذا حتى لو لم يكن لديك جميع هذه الوثائق. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على هذه الوثائق، فإنه يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) على رقم الهاتف الوارد في الصفحة 1 من هذا النموذج.

يمكنك أيضًا تقديم الوثائق الخاصة بك عبر تطبيق HealthyRhode للهاتف المحمول المتاح للتنزيل على هاتفك الذكي.

دخول الوظيفة	كعب أو بيان المرتب مطبوع على الورق الرسمي لصاحب العمل يوضح الدخل قبل الضرائب، وتواريخ الدفع، وجدول العمل بالساعة، وعدد ساعات العمل خلال الأسابيع الأربعة الماضية.
العنوان الجديد وتكاليف المأوى	إيصال الإيجار، ودفتر دفع الرهن العقاري، واتفاقية الإيجار/ التاجير، وبيان من إدارة الإسكان والتنمية الحضرية (Department of Housing and Urban Development, HUD)، وبيان من الشخص الذي يشارك في تكاليف المأوى، وفواتير المرافق، وبيان من شركة المرافق، وبيان من المالك يشمل العنوان والمبلغ المدفوع
نفقة الطفل التي تدفعها	إذا تغير التزامك بدفع نفقة الطفل، فقدم نسخة من أمر المحكمة.
الدخل غير المكتسب	أحدث نسخة من شيك الضمان الاجتماعي أو إشعار المنح أو إثبات البطالة أو تعويض العمال أو المعاش التقاعدي أو رعاية الطفل أو النفقة أو التأمين ضد العجز المؤقت (Temporary Disability Insurance, TDI)
نفقات رعاية المعالين	إيصال يوضح نفقات رعاية الطفل النثرية أو نفقات رعاية أحد أفراد الأسرة المعيشية المعاقين أو المسنين
الموارد/ المركبات	بيانات الحساب المصرفي (الادخار و/ أو الحساب الجاري و/ أو بيانات الاتحادات الائتمانية و/ أو شهادات الإيداع)؛ حصص الأسهم أو السندات؛ وثيقة ملكية صندوق استثماري؛ إثبات ملكية عقار آخر غير منزل؛ إثبات تأجير العقارات؛ تسجيل المركبات بما يشمل السيارة والقارب والشاحنة والدراجة النارية والعربة؛ إثبات الممتلكات الأخرى المدرة للدخل؛ إثبات ملكية قطعة أرض للدفن (إذا كنت تمتلك أكثر من قطعة أرض واحدة)



تعليقات العميل (يمكن أيضاً الإبلاغ عن معلومات إضافية هنا)





# RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

## YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

## TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.  
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

### INSTRUCTIONS

- Box 2: REQUIRED.** Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.
- Box 3:** If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification to an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).
- Box 5:** A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.
- Box 9:** If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.
- Box 10:** You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.
- Box 11:** If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.
- Box 12:** If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state**.

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).  
(This form may be reproduced)

<b>1. Check Boxes that Apply:</b> <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change				
<b>2.</b> I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.</small>		<b>3.</b> RI driver's license or ID Number: <input style="width: 150px;" type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input style="width: 80px;" type="text"/> <small>If you do not enter either number, see instructions for Box 3.</small>		
<b>4.</b> Last Name <span style="float: right;">Suffix (if any)</span>		<b>5.</b> Home Address (Do not enter a post office box)		<b>6.</b> Mailing Address (If different from Box 5)
First Name		Middle Name (or initial)		
Apt.    City/Town		State    ZIP Code		
State <b>RI</b>				
Apt.    City/Town		State    ZIP Code		
<b>7.</b> Date of Birth (mm/dd/yyyy) Month    Day    Year		<b>8.</b> Phone No./ E-mail Address (optional)		<b>9.</b> Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other _____
<b>10. I swear or affirm that:</b> - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.				<i>Official Use For Barcode</i> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<b>PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW</b>				
				<b>Are you interested in working at the polls? (check box below)</b> <input type="checkbox"/>
<b>Date:</b> _____ (mm/dd/yyyy) <b>Signed</b>				
<b>Warning:</b> If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.				
<b>11. PREVIOUS NAME</b> (if different from Box 4)		<b>12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION</b> (City/Town, State, ZIP & County)		
02/2012 Regs Form Revised 12/2012				



Return Address

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Postage  
Required Post  
Office will not  
deliver  
without proper  
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FOLD HERE & TAPE AT TOP\*\*\*\*\*

**INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM**

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

**NOTICE:** It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

**LOCAL BOARDS OF CANVASSERS**

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

**Voter Registration Questions May Be Addressed To:**

Rhode Island Board of Elections  
50 Branch Avenue  
Providence, RI 02904  
elections@elections.ri.gov



## متطلبات الإبلاغ عن التغييرات

يجب عليك الإبلاغ عن أي من التغييرات التالية التي قد تؤثر في الأهلية والتسجيل لأي شخص في أسرته المعيشية في غضون 10 أيام من تاريخ التغيير:

- عنوان السكن؛ أو
- العنوان البريدي؛ أو
- الدخل؛ أو
- الحالة الاجتماعية؛ أو
- الأشخاص الذين ينتقلون إلى منزلك أو خارجه، أو المسجلين في وحدة تقديم الضرائب الخاصة بك؛ أو
- حالة الحمل لأي شخص في الأسرة المعيشية؛ أو
- السجن أو الوضع المؤسسي؛ أو
- الوصول إلى تغطية تأمين صحي أخرى بما يشمل الأهلية لبرنامج Medicare أو الوصول إلى التأمين من خلال وظيفتك أو من خلال وظيفة أجد
- أفراد الأسرة؛ أو
- وضع الهجرة والمواطنة؛ أو
- الميلاد، أو التبني، أو الإيداع للتبني، أو الزواج، أو الطلاق، أو الوفاة؛ أو
- حالة إيداع ضريبة الدخل الفيدرالية؛ أو
- عدد المعالين الخاضعين للضرائب المطالبين بخصومات الدخل الفيدرالية.

لديك الحق في الحصول على معاملة غير تمييزية. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة بالولايات المتحدة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة بالولايات المتحدة أو إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، أو الدين، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية (بما يشمل التعبير الجنسي)، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية/الأبوية، أو الدخل المستمد من برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، يرجى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على (USDA) أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) مع ذكر جميع المعلومات المطلوبة في النموذج لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق: (1) البريد: 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: 690-7442 (202)، أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض. وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (42 U.S.C. 2000d) وما يليه، والبند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، وبصيغته المعدلة (29 U.S.C. 794)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (42 U.S.C. 12101) وما يليه، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (20 U.S.C. 1681) وما يليه، وقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الغذاء سابقاً)، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، واللوائح التنفيذية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (45 C.F.R. 80 و 84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. 104 و 106)، ووزارة الزراعة والغذاء وخدمات التغذية الأمريكية (7 C.F.R. 272.6)؛ لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو المعتقدات السياسية أو العمر أو النوع الجنساني عند القبول أو التوفير للخدمات أو التوظيف أو العلاج، وفي التعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل شكاوى التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمة باستخدام خدمة الترحيل برود أيلاند، اتصل بالرقم 7-1-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY) 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Service, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة بـ Medicaid وسيتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقاً لذلك.

لمزيد من المعلومات، قُم بزيارة <https://healthyrhode.ri.gov>



**حقوقك****معلومات حول التغطية والحقوق الخاصة بك:**

لديك **الحق**، إذا كنت مؤهلاً، في طلب الحصول على مزايا مالية أو مزايا برنامج Medicaid أو برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) استناداً إلى السياسات والمعايير الموضوعية بموجب قوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية.

قد يكون لديك الحق في الطعن والحصول على جلسة استماع إدارية عادلة (Administrative Fair Hearing) إذا كنت لا توافق على قرار اتنا. يجوز لك:

1. الاتصال بنا لمناقشة القرار الخاص بالمزايا. اتصل بنا على رقم الهاتف الموجود أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. تأكد من وجود هذا الإشعار ورقم الحالة/ الهوية في متناول يدك عند الاتصال.
2. الطعن من أجل عقد جلسة استماع إدارية عادلة. الطعن هو طلب رسمي من أجل إعادة النظر في القرار في جلسة استماع إدارية. يرجى مواصلة القراءة للحصول على المزيد من المعلومات.

**ما المقصود بـ جلسة الاستماع العادلة؟**

تُعد جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لإخبار مسؤول جلسة الاستماع الإدارية عن سبب عدم موافقتك على قرار الوكالة بشأن أهليتك و/ أو المزايا و/ أو أي تكاليف يجب عليك سدادها. ويحضر ممثل الوكالة أيضاً جلسة الاستماع لشرح أساس قرار الوكالة. وبموجب القانون، يجب على المسؤول الإداري مراجعة وقائع الدعوى المقدمة من الطرفين بطريقة عادلة وموضوعية.

**المواعيد النهائية للطعن وطلب عقد جلسة استماع عادلة**

يوضح الجدول أدناه المواعيد النهائية لتقديم الطعن لكل برنامج. بالنسبة إلى بعض البرامج، قد تستمر مزاياك أو خدماتك حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع إذا قدمت الطعن قبل المواعيد النهائية المدرجة في الجدول. إذا فاتك هذا الموعد النهائي، فقد تفقد حقك في الطعن. بعد تقديم الطعن الخاص بك، سنحدد موعداً لجلساتك ونصدر قراراً في غضون 90 يوماً أو 60 يوماً إذا كانت جلسة الاستماع تتعلق بمزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. سيتم إصدار قرار بشأن جميع طعون HealthSource RI في غضون 90 يوماً من تاريخ استلام طلب الطعن، قدر الإمكان إدارياً.



البرنامج	يجب عليك تقديم الطعن في غضون:	هل ستستمر المزايا إذا تم تقديم الطعن في غضون 10 أيام من الإشعار ("Aid Pending")؟
Medicaid	30 يوماً بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد	نعم، ستستمر المزايا تلقائياً ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
SNAP	90 يوماً من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ستستمر المزايا تلقائياً ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
CCAP	30 يوماً من تاريخ إرسال الإشعار	قد يتم تقليل المزايا حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع.
GPA	10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ولكن يجب أن يكون الطلب مكتوباً
التأمين الصحي التجاري	30 يوماً بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد.	يجب الاتصال بـ HealthSource RI في غضون 30 يوماً من الإشعار لطلب Aid-Pending.
جميع البرامج الأخرى	30 يوماً من تاريخ إرسال الإشعار	نعم

### الطعون العاجلة

لديك الحق في تقديم طعن عاجل إذا كانت لديك حاجة ماسة للخدمات الصحية أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) وكان انتظار الطعن القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق الحد الأقصى من المهام أو الحفاظ عليها أو استعادتها للخطر الشديد. ويجب علينا أن نفصل في الطعون العاجلة في أسرع وقت ممكن، نظراً إلى الظروف. إذا رفضنا طلبك للحصول على طعن عاجل، فإنه يجب علينا إبلاغك بسرعة، ويجب علينا التعامل مع الطعن الخاص بك من خلال عمليتنا القياسية.

### الحق في استمرار الحصول على المزايا في أثناء الانتظار لعقد جلسة الاستماع

قد يكون لديك الحق في أن تستمر المزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع (يسمى هذا "Aid-Pending"). باستثناء التأمين الصحي التجاري من خلال HealthSource RI، إذا قمت بالطعن في غضون 10 أيام، في معظم الحالات، فسيتم منحك وضعياً Aid-Pending تلقائياً. ما لم تتمكن من إثبات خلاف ذلك، بالنسبة إلى برنامج Medicaid و HealthSource RI، فسنفترض أنك تلقيت الإشعار بعد 5 أيام من تاريخ الإشعار.

إذا كان لديك برنامج Medicaid وتلقيت Aid-Pending، وخسرت طعنك بعد ذلك، فإنه يجوز للولاية أن تجبرك على سداد تكاليف تغطيتك خلال فترة Aid-Pending. بالنسبة إلى HealthSource RI، لا يتوفر Aid-Pending إلا إذا كنت تطعن على إعادة تحديد الأهلية التي حدثت في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطعن الخاص بك، ويتم تقديم الطلب عبر الهاتف إلى HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. إذا كنت تحصل على خصومات ضريبية للمساعدة في دفع أقساط التأمين الخاصة بك وحصلت على Aid-Pending، ثم خسرت طعنك، فقد تكون مدينياً بأموال إضافية في الضرائب الفيدرالية الخاصة بك في العام المقبل. إذا كنت تدفع أقساط تأمين شهرية، فلا يزال يتعين عليك الدفع خلال فترة Aid-Pending.

إذا حصلت على مزايا برامج SNAP أو RIW أو GPA بالإضافة إلى Aid-Pending، وخسرت الطعن، فقد تحتاج إلى السداد مقابل المزايا التي تم إصدارها لك ولكن لن يحق لك الحصول عليها خلال هذه الفترة.

### الحق في تمثيل نفسك والحق في أن يتم تمثيلك

لديك الحق في تمثيل نفسك في جلسة الاستماع، أو أن يمتلك أي شخص تختاره، بما يشمل محام أو صديق أو قريب.





تتوفر المشورة القانونية من شركة Rhode Island Legal Services, Inc. على الرقم 274-2652 أو الرقم 1-800-662-5034. إذا اخترت الحصول على تمثيل قانوني، فإنه يجب على الممثل تقديم إثبات حضور مكتوب إلى مكتب جلسة الاستماع في جلسة الاستماع أو قبلها. يعمل إثبات الحضور بمثابة كشف عن المعلومات السرية، مما يسمح للممثل القانوني بالاطلاع على سجل حالة الوكالة. ومن الضروري أيضاً أن يؤكد مكتب جلسة الاستماع التمثيل لأغراض المتابعة والمراجعة وطلب الاستمرار وما إلى ذلك.

### قد تتأثر أهلية أفراد الأسرة الآخرين

قد يؤدي قرار الطعن الخاص بنا إلى تغييرات في أهلية فرد آخر من أفراد أسرتك.

### الاطلاع على سجل الحالة الخاص بك

يحق لك الاطلاع على سجل حالتك، بما يشمل أي دليل ستستخدمه الولاية في جلسة الاستماع. لعرض سجل حالتك، اتصل بنا على الرقم (1-855-697-4347) (1-855-MYRIDHS). إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك طلب نسخة من السجل الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم: (4774) (1-855-840-HSRI).

### التسوية غير الرسمية

قد تتمكن من حل مشكلتك بسرعة دون الحاجة إلى عقد جلسة استماع. يرجى الاتصال بالرقم (1-855-697-4347) (1-855-MYRIDHS) حتى تتمكن من مراجعة حالتك بشكل غير رسمي. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) (1-855-840-HSRI) لطلب مراجعة غير رسمية لطعنك. سنتواصل معك في محاولة لحل الطعن الذي قدمته بشكل غير رسمي. لن يتأثر حَقك في جلسة استماع بالجهود المبذولة لحل مشكلتك بشكل غير رسمي.

إذا كان هذا هو طلبك الأولي لتغطية برنامج Medicaid، فإنه يجب عليك طلب جلسة استماع كتابياً خلال ثلاثين (30) يوماً. لتغطية وقت الإرسال بالبريد، تبدأ فترة الـ 30 يوماً في اليوم الخامس بعد تاريخ هذا الإشعار. لذلك، يجب عليك طلب الطعن الخاص بك بحلول 05/06/2023. إذا كنت تحصل بالفعل على مزايا برنامج Medicaid وتود الاحتفاظ بالتغطية الخاصة بك حتى يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع، فإنه يجب عليك الطعن كتابياً في غضون عشرة (10) أيام. مرة أخرى، لتغطية وقت الإرسال بالبريد، تبدأ فترة الـ 10 أيام في اليوم الخامس بعد تاريخ هذا الإشعار.

لديك الحق في السرية. بموجب قانون الولاية، تلتزم جميع الوكالات التي تدير البرامج بقوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية لاستخدام المعلومات المتعلقة بك وبأفراد أسرتك الآخرين فقط للأغراض المرتبطة مباشرة بإدارة البرامج وبما يتوافق مع معايير قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية التي يمكن تحديدها بشكل فردي. تمنعنا قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو بأي فرد من أفراد أسرتك المعيشية مع أي شخص، بما يشمل الممثل غير المفوض، ما لم يكن لدى هذا الشخص توكيل رسمي أو قمت بالتوقيع على نموذج موافقة يسمح بالكشف عن هذه المعلومات. يتضمن ذلك الكشف عن معلومات الصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency virus, HIV) أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) أو نتائج اختبارات الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually transmitted diseases, STD) أو خدمات العلاج والاعتماد على المواد الكيميائية.

لا يقوم المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) بإصدار معلومات عنك أو عن أفراد أسرتك المعيشية الآخرين دون موافقتك باستثناء ما هو منصوص عليه في القوانين العامة لولاية رود آيلاند، واللوائح المنصوص عليها في القانون الإداري لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وقوانين Medicaid للقواعد الإدارية. أي شخص تثبت إدانته بانتهاك أحكام القوانين العامة لولاية رود آيلاند يُعد مذنباً بارتكاب جنحة. يتعرض المخالفون لغرامة أقصاها مائتا دولار (\$200)، أو السجن لمدة تصل إلى ستة (6) أشهر، أو كليهما.

لديك الحق في التقدم بطلب للحصول على خدمات إنفاذ الدعم من خلال مكتب خدمات رعاية الطفل. للتقدم بطلب للحصول على هذه الخدمات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني <http://www.cse.ri.gov> أو قم بزيارة المكتب المحلي لخدمات دعم الطفل (Office of Child Support Services) في منطقتك الموجود في 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

لديك الحق في تعيين ممثل مفوض. الممثل المفوض هو الشخص المعين من رب الأسرة أو الزوج/ الزوجة، أو أي فرد مسؤول آخر في الأسرة، للتصرف نيابة عن الأسرة فيما يتعلق بتقديم الطلب للحصول على مزايا البرامج أو الاستفادة منها. قد يكون أو لا يكون الممثل المفوض للحصول على المزايا هو الشخص نفسه المعين كممثل مفوض لعملية تقديم الطلبات أو لتلبية متطلبات الإبلاغ. يجب أن يُجرى تعيين الممثل المفوض كتابياً.



إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية الميسورة التكلفة التي تقدمها Medicaid، فإن المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) يلزم الإدارة بإجراء ما يلي:

- منحك ثلاثين (30) يومًا لتزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها لمراجعة أهليتك. إذا لم تزودنا بالمعلومات أو طلبت المزيد من الوقت، فقد نرفض تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك أو نغلقها أو نغيرها.
- إخطارك، في معظم الحالات، قبل عشرة (10) أيام على الأقل من إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.
- إعطاؤك قرارًا مكتوبًا، في معظم الحالات، في غضون ثلاثين (30) يومًا. قد تستغرق تغطية الرعاية الصحية وبعض حالات الإعاقة من خمسة وأربعين (45) إلى تسعين (90) يومًا.
- استمرار تغطية برنامج Medicaid برود آيلاند في حين نقرر إذا كنت مؤهلاً بموجب برنامج آخر أم لا.

### مسؤولياتك

معلومات حول التغطية والمسؤوليات الخاصة بك:

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم معلومات دقيقة حول دخلك ومواردك وترتيبات معيشتك في هذا الطلب.

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (أو إثبات أنك تقدمت بطلب للحصول على رقم) لنفسك ولأفراد أسرتك المعيشية، كشرط للأهلية. إن جمع المعلومات حول الطلب، بالإضافة إلى أرقام الضمان الاجتماعي لجميع أفراد أسرتك المعيشية الذين تتلقى المساعدة من أجلهم، مسموح به بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الطعام سابقًا)، بصيغته المعدلة، U.S.C. 2011-20367. وبموجب القانون الفيدرالي. سيتم استخدام هذه المعلومات لتحديد إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج SNAP و/أو Medicaid و/أو RIW و/أو GPA و/أو CCAP و/أو التأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. ستقوم الإدارة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال المطابقة الحاسوبية مع إدارة العمل والتدريب، وإدارة الضمان الاجتماعي، ودائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS)، وخدمة الغذاء والتغذية (Food and Nutrition Service, FNS)، وغيرها من الكيانات الحكومية وغير الحكومية المصرح بها بموجب القانون أو اللوائح أو العقود، وستخضع للتحقق من المسؤولين الفيدراليين والمحليين ومسؤولي الولاية. سيتم استخدام معلومات الدخل والأهلية التي تم الحصول عليها من هذه الوكالات للتأكد من أن أسرتك المعيشية مؤهلة للحصول على المبلغ الصحيح من مزايا SNAP، وGPA، ورعاية الطفل، وRIW، وMedicaid، والتأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. سيتم استخدام هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرامج، ولإدارة البرامج، وللمنع الاحتيال والتحقق من مطالبات الرعاية الصحية أيضًا. قد يتم الكشف عن هذه المعلومات لوكالات فيدرالية ووكالات حكومية أخرى لإجراء فحص رسمي، ولمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الهاربين لتجنب تطبيق القانون. إذا نشأت مطالبة ضد أسرتك المعيشية، فقد تتم إحالة المعلومات التي قدمتها في طلبك، بما يشمل جميع أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الحكومية بالإضافة إلى وكالات جمع المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات جمع المطالبات. إن توفير المعلومات المطلوبة هو أمر طوعي. ومع ذلك، فإن عدم توفير رقم الضمان الاجتماعي (SSN) سيؤدي إلى حرمان أي فرد يتقدم بطلب للحصول على المزايا منها. سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي (SSN) مقدمة والكشف عنها بالطريقة نفسها لاستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد الأسرة المعيشية المؤهلين.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون الكامل مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين الذين يقومون بإجراء مراجعات مراقبة الجودة.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل إذا كنت تحصل على مزايا برنامج RI Works أو برنامج Child Care Assistance أو برنامج Medicaid. يجب عليك المساعدة في الإنشاء أو التعديل أو إنفاذ رعاية الطفل (الأطفال) الذين تحت رعايتك، وإثبات الأبوة (إذا لزم الأمر). إذا كان بإمكانك إثبات أن لديك سببًا وجيهًا للاعتقاد بأن التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل يعرضك أنت أو أطفالك أو الأطفال الذين تحت رعايتك لخطر الأذى من ولي الأمر غير الحاضن، يمكنك المطالبة بوجود سبب وجيه لعدم التعاون.



**برنامج RI WORKS وبرنامج MEDICAID وبرنامج دعم الرعاية للأطفال والإعانة العامة****الامتيازات والتكليفات**

بموجب قانون رود آيلاند العام، الأقسام 40-6-9 أو 40-6-10 أو 40-8-15، دون الحاجة إلى التوقيع على أي وثيقة:

**(أ) فيما يتعلق برعاية الطفل وإثبات الأبوة**

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق التي قد أمتلكها ونيابة عني، ومن أجل طفلي أو أطفالي ونيابة عنهم، إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) سواء كانت تعمل بمفردها أو كوكيل أهلية للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، ضد أي شخص لا يقدم الدعم والإعانة والرعاية الطبية لي ولطفلي القاصر أو أطفالي الذين يتم الدفع مقابل تقديم المساعدة لهم من إحدى الوكالتين أو كليهما. وبهذه الصفة، يحق لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) رفع دعوى لإثبات الأبوة و/أو جمع الدعم لي أو لطفلي أو أطفالي الذين يتلقون أو تلقوا المساعدة من إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) و/أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). إذا توقفت عن الحصول على مساعدة مالية أو مزايا Medicaid، يجب أن أخبر مكتب خدمات رعاية الطفل عن أي تغييرات تؤثر في رعاية الطفل/الرعاية الطبية، مثل انتقال طفلي من منزلي أو حدوث تغيير في عنواني.

**(ب) فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث**

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، لصالح ونيابة عني وعن أي شخص أكون مفوضاً قانونياً لتمثيله، فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث التي تساوي مبلغ المساعدة المالية ومزايا Medicaid المقدمة نتيجة لحادث أو إصابة أو مرض.

**(ج) فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من تعويض العمال**

يجوز لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) و/أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) الحجز على أي منحة أو أمر أو تسوية معلقة قد يحق لي الحصول عليها بموجب أحكام قانون تعويض العمال في رود آيلاند، الفصول 28-29 حتى 28-38 من القوانين العامة لولاية رود آيلاند. الغرض من الحجز هو ضمان سداد الولاية للمدفوعات المالية ومدفوعات Medicaid المقدمة لي أو بالنيابة عني خلال الفترة الزمنية التي يتم خلالها إصدار تعويضات العمال أو أمر أو تسوية.

**(د) فيما يتعلق بالحجز على تركة المتلقي المتوفى لسداد مدفوعات Medicaid**

وفقاً لقانون R.I.G.L. 40-8-15، يجوز للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) الحجز على تركة متلقي مزايا Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عاماً أو أكبر وقت الوفاة. بالنسبة إلى أغراض هذا القسم، يشمل مصطلح "التركة" فيما يتعلق بالفرد المتوفى جميع الممتلكات العقارية والشخصية والأصول الأخرى المضمنة أو القابلة للتضمين ضمن تركة الوصية الخاصة بالفرد. يُعد المبلغ الإجمالي لبرنامج Medicaid المدفوع نيابة عن متلقي Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عاماً أو أكبر وقت الاستلام ديناً للولاية ويشكل حجراً على تركة المتلقي لصالح المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). ومع ذلك، فإن الحجز يكون ساري المفعول ولا ينطبق على تركة المستلم الذي ترك زوجاً/زوجة أو طفلاً يقل عمره عن الحادية والعشرين (21) أو طفلاً كفيفاً أو معوقاً بشكل دائم وكما هو محدد في الباب السادس عشر (SSI) من قانون الضمان الاجتماعي. قد يتم إعفاء الأراضي القبلية وبعض الممتلكات المملوكة للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين من الكشف عنها.



أدرك أن طلبي سيفوض المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) و/ أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) للحصول على المعلومات المتعلقة بي أو بأي شخص مدرج في طلبي من مقدمي الخدمات الطبية ما دامت الحالة مفتوحة. أفهم وأوافق على أنه يجوز لمكتب (EOHHS) أو وكيل الأهلية التابع له، وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS)، الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لأهليتي ومستوى المزايا.

أدرك أيضًا أنه يمكن لمكتب التنفيذ للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الاستخدام أو المشاركة للمعلومات التي قدمتها في طلبي وفي حسابي الخاص لإدارة أي برامج تقدمت بطلب للتسجيل فيها و/ أو قد توفر لي مزايا وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والعقد واللائحة. يمكن لمكتب التنفيذ للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الكشف عن معلومات غير محددة للهوية لأغراض البحث. يجب أن يُجرى أي كشف للمعلومات المحددة للهوية وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي.

### Medicaid: الإنهاء بواسطتك

يتمتع أفراد أسرته التالون بتغطية Medicaid:

الاسم
MEDICAID RECIPIENT

يمكنك إنهاء تغطية Medicaid الصحية لأي فرد من أفراد أسرته في أي وقت. نوفر عدة طرق لمعالجة طلب الإنهاء الخاص بك:

- عبر الهاتف: اتصل بمركز الاتصال لدى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على الرقم 1-855-697-4347 (من الإثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات، من 8:30 صباحًا حتى 3 بعد الظهر) أو HealthSource RI على الرقم 1-855-840-4774 (من الإثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات، من 8 صباحًا حتى 6 مساءً)
- شخصيًا: فم زيارة أحد مكاتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو وضع طلب الإنهاء الخاص بك في أي من صناديق التسليم الآمنة في مكاتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) ومراكز الأسرة الإقليمية. لمعرفة مواقع المكتب، فم زيارة الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) أو اتصل بالرقم 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- عن طريق البريد: يمكنك أيضًا أن تجعل الطلب كتابيًا قبل أسبوعين على الأقل من رغبتك في إنهاء التغطية الصحية وإرساله عبر البريد إلى:  
State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

### Medicaid: الإنهاء بواسطة الولاية

يتمتع أفراد أسرته التالون بتغطية Medicaid:

الاسم
MEDICAID RECIPIENT

قد تلغى تغطيتك أو تغطية أي فرد من أسرته المعيشية في Medicaid فقط في حالة حدوث الأمور التالية:

- إذا أصبحت أنت أو أحد أفراد أسرته المعيشية غير مؤهلين للحصول على تغطية ميسورة التكلفة
- إذا تم إنهاء التغطية التأمينية الخاصة بك أو بأحد أفراد أسرته المعيشية بسبب معلومات مزورة في طلبك

### إذا كانت لديك احتياجات رعاية صحية خاصة

قد تكون أنت وأفراد أسرته مؤهلين للحصول على المزيد من الخدمات من خلال Medicaid إذا كان أي فرد في أسرته لديه احتياجات رعاية صحية خاصة.

- هل يعاني أي فرد في أسرته المعيشية من إعاقة؟
- هل يحتاج أي شخص في أسرته إلى رعاية ترميز منزلية أو غيرها من خدمات الرعاية طويلة الأجل؟
- هل لدى أي فرد في أسرته المعيشية فواتير طبية مرتفعة أو متكررة؟



إذا كان الأمر كذلك، فتحرّ إذا كانوا مؤهلين استنادًا إلى احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. اتصل بالرقم 712-9158 (855) أو قُم بزيارة الموقع الإلكتروني [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) لمزيد من المعلومات.



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

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 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

### إشعار عدم التمييز

لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية أو العمر أو الدين أو النوع الجنساني عند قبول الخدمات أو التوظيف أو العلاج أو التقديم على أي منها فيما يتعلق بالتعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنساني أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول هذه القوانين واللوائح الخاصة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل الشكاوى المتعلقة بممارسات التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، وعلى رقم الهاتف 401) 462-2971 (يمكن للصم/ضعاف السمع الاتصال بالرقم 1-800-745-6575 للخدمة الصوتية، وخدمة الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711).

لمزيد من المعلومات، قُم بزيارة <https://healthyrhode.ri.gov>

