



MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

**Jinsi ya Kuwasiliana Nasi**

**Nenda Mtandaoni:** <https://healthyrhode.ri.gov>

Kwa maswali kuhusu bima ya afya ya bei nafuu, wasiliana na HealthSource RI kwa nambari 1-855-840-4774

Kwa maswali kuhusu bima ya afya ya bei nafuu au mipango ya huduma za binadamu, wasiliana na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

## **NOTISI YA USASISHAJI/UTHIBITISHAJI UPYA**

### **Hatua Unayohitaji Kuchukua: Pitia Rekodi ya Maelezo Yako Tuliyo hifadhi**

#### **Kwa Nini Unatumiwa Notisi Hii?**

Ni watu ambapo tungependa kukagua ustahiki wako wa kushiriki katika mipango ifuatayo. Ikiwa jina lako limetajwa kwenye kisanduku kifuatacho, tafadhali jaza, tia saini na utume fomu hii pamoja na uthibitisho unaotakikana au msaada wako unaweza kukomeshwa.

Kila mwaka, lazima tukague hali yako ili kutambua ikiwa bado unastahiki kupokea bima ya Medicaid. Tunaamua iwapo bado unastahiki kulingana na maelezo unayotupatia. Kisha tunakagua maelezo haya kwa kutumia zana dijitali za uthibitishaji. Tumeshindwa kuthibitisha ikiwa wewe au mwanafamilia wako bado anastahiki kushiriki katika mpango wa Medicaid kulingana na maelezo uliyotupatia. Ili uweze kuendelea kustahiki kushiriki katika mpango wa Medicaid, tafadhali soma fomu hii kwa makini na ujaze maelezo yaliyobadilika kumhusu mpokeaji wa manufaa. Hakikisha umetia saini na utume fomu nzima ya usasishaji.

<b>Jina la Mpango</b>	<b>Jina</b>	<b>Tarehe ambayo msaada wa sasa umeratibiwa kukoma</b>
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

Ili kuhakikisha msaada wako haukomeshwi, **tuma Fomu hii ya Usasishaji ndani ya kipindi cha siku 30 kuanzia tarehe ya kupokea notisi hii** ili uruhusu muda wa kuishughulikia. Kila mpango unaweza kuwa taratibu tofauti za usasishaji. Tafadhali soma maelezo yaliyo hapa chini kuhusu jinsi ya kusasisha ustahiki wako kwa kila mpango.

Ikiwa una maswali au unahitaji msaada wa kujaza fomu hii, tafadhali piga simu kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

#### **Ninaweza Kusasishaje?**

##### **MEDICAID:**

**Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>**



Ikiwa tumekujulisha kwamba **bima yako ya Medicaid imeratibiwa kukomeshwa**, hii inamaanisha kwamba tunahitaji maelezo fulani kutoka kwako ili kubainisha iwapo bado unastahiki. Maelezo tunayohitaji kutoka kwako yametajwa kwenye notisi iliyo hapa chini.

- **Barua:** Ikiwa utachagua kujibu kwa barua, tafadhali andika maelezo yaliyobadilika katika safuwima ya “Updated Information” (Maelezo Yaliyosasisiwa) ya notisi hii. IKIWA HAKUNA MAELEZO YOYOTE YALIYOJAZWA MAPEMA NA UNARUDISHA FOMU HII, JAZA VISANDUKU VYA “CURRENT INFORMATION” (MAELEZO YA SASA). Tafadhali hakikisha umetia saini na tarehe kwenye fomu. Unaweza kutuma fomu hiyo kwa anwani iliyowekwa katika sehemu ya juu ya notisi hii.
- **Peleka Mwenyewe katika Ofisi ya DHS:** Ikiwa utachagua kupeleka mwenyewe fomu katika ofisi ya DHS, tafadhali fuata maagizo yaliyotolewa hapo juu ya Barua. Ili kutambua mahali ambapo ofisi zinapatikana, tembelea [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) au piga simu kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Mtandaoni:** Unaweza pia kwenda katika Akaunti yako ya Mtumiaji kwenye <https://healthyrhode.ri.gov> na ufanye mabadiliko.

### Ni mabadiliko gani ninayohitaji kuripoti?

- **Mapato:** Tunahitaji kujua kuhusu mabadiliko yoyote katika mapato ya mpokeaji wa manufaa na mke/mume au watu wowote wanaomtegemea wanaozingatiwa wakati wa kubainisha kiasi ambacho lazima kilipwe katika kugharamia huduma ya matibabu kila mwezi.
- **Rasilimali:** Tunahitaji pia kujua ikiwa rasilimali za mpokeaji wa manufaa zimeongezeka na/au ikiwa rasilimali zozote zinazomilikiwa na mpokeaji huyo wa manufaa peke yake au pamoja na mtu mwingine zimeuzwa au kuhamishiwa kwa mtu mwingine.
- **Anwani na aina ya makazi:** Tueleze ikiwa mpokeaji wa manufaa amehama au amebadilisha anwani, amepelekwa au kuondoka katika kituo cha matunzo ya wazee au walemavu, kituo cha matunzo au makazi ya kundi, au anaishi katika mpango mpya au tofauti wa makazi ya pamoja.
- **Hali za familia na wanafamilia:** Tunahitaji kujua ikiwa kumekuwa na mabadiliko katika familia ya mpokeaji wa manufaa kama vile ikiwa mke/mume au mtu anayemtegemea mpokeaji wa manufaa ameaga dunia, amepewa talaka, ameo mtu mwingine au amehamia, amehama, au ameua nyumba AMBAYO haijahasabiwa kama rasilimali.
- **Hali ya uhamiaji:** Lazima utueleze ikiwa hali ya uhamiaji ya mpokeaji wa manufaa ambaye si raia na/au mfadhili imebadilika tangu tarehe ya kuomba mara ya kwanza au mara ya mwisho kusasishwa.

### Mpango wangu wa Medicaid utasasishwaje?

- Ikiwa uliombwa utoe hati za ziada au uliripoti mabadiliko, tutakagua maelezo unayotupatia na kuamua ikiwa unastahiki kusasisha bima yako ya afya ya Medicaid. Tutakutumia barua nyingine ya kukujulisha kuhusu uamuzi wetu au ikiwa tunahitaji maelezo zaidi kabla ya tarehe ya usasisaji.

### **Ikiwa unahitaji nafasi ya ziada, tafadhali tumia Sehemu ya Maoni ya Mteja kwenye fomu hii ya kusasisha.**

Ikiwa ungependa kutuma ombi ya mipango ya ziada, lazima ujaze fomu mpya ya Ombi la Msaada (DHS-2) au utume ombi mtandaoni katika [healthyrhode.ri.gov](http://healthyrhode.ri.gov). Tafadhali tupigie simu kwa nambari ya simu iliyowekwa hapo juu ili uombe fomu mpya ya kutuma maombi au tembelea [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ili uichapishe.

### **Maelezo ya Sasa ya Akaunti**

Tafadhali angalia maelezo yaliyo hapa chini. Ikiwa maelezo hayo yamebadilika, tafadhali sasisha maelezo hayo katika safuwima ya “Updated Information” (Maelezo Yaliyosasisiwa) iliyo upande wa kulia.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya akaunti: 775301588

### **Maelezo ya Mawasiliano ya Mwombaji Mkuu**

Je, maelezo ya mawasiliano yaliyo hapa chini ya mwombaji mkuu bado ni sahihi?  Ndiyo  Hapana – tafadhali toa maelezo yaliyosasisiwa hapa chini.

	<b>Maelezo ya Sasa</b>	<b>Maelezo Yaliyosasisiwa</b>
<b>Anwani ya Nyumbani</b>	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
<b>Anwani ya Barua</b> (ikiwa ni tofauti na anwani ya nyumbani)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
<b>Nambari ya Simu</b>	123-456-7890	
<b>Nambari ya Simu ambayo DHS itatumia kukupigia simu kwa ajili ya mahojiano yako iliyopangwa</b> (ikiwa inahitajika)		
<b>Anwani ya barua pepe</b>		
<b>Lugha ya Kuzungumza Unayopendelea</b>	English	
<b>Lugha ya Kusoma Unayopendelea</b>	English	

Je, unahitaji mkalimani?  Ndiyo  Hapana  
Ikiwa inahitajika, huduma za ukalimani zinatolewa bila malipo.

### **Wanafamilia wa Sasa**

Je, watu waliotajwa hapa chini bado wanaishi nyumbani kwako?  Ndiyo  Hapana – ikiwa hapana, tafadhali weka tarehe ambayo mtu/watu hao waliondoka nyumbani.

<b>Jina</b>	<b>Tarehe ya Kuzaliwa</b>	<b>Uhusiano na mwombaji mkuu</b>	<b>Mpango/ mipango iliyosasisiwa</b>	<b>Je, mnanunua na kutayarisha vyakula pamoja?</b>	<b>Tarehe ambayo mtu alihama nyumbani*</b>
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

\*Mifano ya kuondoka nyumbani: kupata makazi mapya, kufungwa jela, kulazwa hospitalini, kwenda kuishi katika bweni, kwenda kuishi katika kituo cha matunzo, kujiunga na mpango wa makazi, kwenda kuishi katika makazi ya wazee au walemavu, kwenda kuishi katika makazi ya kundi, kwenda kuishi katika makazi ya pamoja.

### **Wanafamilia Wapya**

Tafadhali jaza chati iliyo hapa chini ili uweke majina ya mtu yeyote ambaye hajatajwa hapo juu, ikiwa ni pamoja na mtu yeyote aliyehamia nyumbani kwako.

Ikiwa unahitaji nafasi ya ziada, tafadhali tumia Sehemu ya Maoni ya Mteja kwenye fomu hii ya kusasisha.

Ikiwa mtu yeyote aliyehamia nyumbani kwako anaomba msaada, tafadhali chagua visanduku vinavyofaa katika safuwima ya upande wa kulia.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Jina la mwanafamilia mpya	Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Kupokea Msaada wa Serikali (SSN) <i>(jibu tu ikiwa anaomba msaada)</i>	Je, Ni Raia wa Marekani? <i>(jibu tu ikiwa anaomba msaada)</i>	Uhusiano na mwombaji mkuu	Msaada Unaoombwa
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

Je, mtu yeyote katika familia yako ni kipofu, mlemavu, mjamzito au anaishi katika kituo au makazi ya jamii?

Ndiyo - Tafadhali toa maelezo hapa chini  Hapana

Jina	Je, mtu huyu amebainishwa kuwa kipofu au mlemavu na shirika la serikali	Je, mtu huyu ni mjamzito?	Je, mtu huyu kwa sasa anaishi katika kituo au makazi ya jamii? Tafadhali taja*
	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo, _____ <input type="checkbox"/> Hapana
	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo, _____ <input type="checkbox"/> Hapana

\*Anaishi katika kituo (Tafadhali taja: hospitali, kituo cha matunzo, mpango wa makazi, jela);

\*Anaishi katika makazi ya jamii (Tafadhali taja: makazi ya wazee au walemavu, makazi ya kundi, makazi ya pamoja).

### **Mapato ya Kazi**

Yafuatayo ni maelezo tuliyo nayo kuhusu watu wanaoishi nyumbani kwako wanaopata mapato ya kazi. **Tafadhali ambatisha uthibitisho wa mapato ya siku 30 zilizopita, hata kama hakuna mabadiliko** (haihitajiki kwa mpango wa Medicaid).

Je, maelezo yaliyo hapa chini ni sahihi?  Ndiyo  Hapana

Ikiwa hapana, tafadhali weka maelezo sahihi na maelezo yoyote ya mapato mapya katika safumlalo ambazo hazijajazwa zilizowekwa kwenye chati iliyo hapa chini.

Tafadhali kumbuka kwamba si mapato yote uliyoripoti yanayoweza kuzingatiwa katika usasisishaji.



**Nambari ya akaunti: 775301588**

Tafadhali jumuisha mapato ya kazi ya kujajiri kama vile pesa unazopata kutoka kwa biashara, pesa za malezi ya watoto wasioishi nyumbani au mapato kutoka kwa mali iliyokodishwa inayomilikiwa au inayosimamiwa na mpokeaji wa msaada katika familia.

Jina	Hali ya Ajira	Jina na anwani ya mwajiri	Mapato ya jumla kwa mwezi*

\*Mapato ya Jumla kwa Mwezi: mapato ya kabla ya makato yoyote

**Mapato kutoka kwa Vyanzo Vingine**

Yafuatayo ni maelezo tuliyo nayo kuhusu mapato yasiyo ya kazi. **Tafadhali ambatisha uthibitisho wa mapato ya siku 30 zilizopita, hata kama hakuna mabadiliko** (haihitajiki kwa mpango wa Medicaid).

ISEhemu hii inaangazia mapato kutoka kwa vyanzo vingine kando na kazi kama vile Msaada wa Serikali, Mapato ya Kustaafu, Bima ya Ulemavu au Manufaa ya Mwathiriwa (Retirement, Survivors, Disability Insurance, RSDI), manufaa ya mwanajeshi aliyestaafu ikiwa ni pamoja na malipo ya uzeeni na malipo ya Msaada na Mahudhurio, manufaa ya kutoajiriwa, mapato kutoka kwa mali ya kukodishwa au ukodishaji, Mapato ya Nyongeza ya Msaada wa Serikali (Supplemental Security Income, SSI), Bima ya Ulemavu wa Muda (Temporary Disability Insurance, TDI), Fidia ya Mfanyakazi (Worker's Compensation), riba/migawo ya faida kwenye akaunti za fedha, msaada wa malezi ya mtoto wa kupanga, Makato ya Mapato ya mwanajeshi/mtegemezi, msaada wa malezi ya mtoto na au masurufu.

Je, maelezo yaliyo hapa chini ni sahihi?  Ndiyo  Hapana

Ikiwa hapana, tafadhali weka maelezo sahihi na maelezo yoyote ya mapato mapya katika safumlalo ambazo hazijajazwa zilizowekwa kwenye chati iliyo hapa chini.

Tafadhali kumbuka kwamba si mapato yote uliyoripoti yanayoweza kuzingatiwa katika usasisishaji.

Jina	Aina ya mapato	Kiasi	Mara za kupokewa

Mapato yanayoonyeshwa katika sehemu za notisi hii za Mapato ya Kazi na Mapato kutoka kwa Vyanzo Vingine yanaathiri manufaa yako ya mpango wa Medicaid yanayopaswa kusasishwa. Hizi ndizo aina pekee za mapato ambayo tunahitaji maelezo yaliyosasisishwa. Tafadhali ripoti vyanzo vyovyote vipya vya mapato katika nafasi iliyowekwa.

**Ratiba ya Huduma ya Mtoto**

Ikiwa unapokea huduma ya mtoto, tafadhali jaza visanduku vilivyo hapa chini na ratiba ya kazi yako ya sasa na mahitaji ya huduma.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



<b>Sababu ya Hitaji</b> (chagua yote yanayofaa)	<input type="checkbox"/> Kazi <input type="checkbox"/> Mahitaji Maalum kwa sababu ya Hali ya Afya ya Mtoto au Mzazi			
	<input type="checkbox"/> Kumaliza Shule ya Upili/GED		<input type="checkbox"/> Mafunzo ya muda mfupi <input type="checkbox"/> Chuo	
	<b>Mzazi wa 1 (Jina):</b>		<b>Mzazi wa 2 (Jina):</b>	
<b>Siku</b>	<b>Wakati wa Kuanza</b>	<b>Wakati wa Kukamilika</b>	<b>Wakati wa Kuanza</b>	<b>Wakati wa Kukamilika</b>
Jumatatu				
Jumanne				
Jumatano				
Alhamisi				
Ijumaa				
Jumamosi				
Jumapili				
Ikiwa ratiba yako inabadilika, tafadhali fafanua (unaweza kutuma hati za ziada za kuthibitisha).				

**Mahudhurio ya Shule na Hali ya Uanafunzi**

Yafuatayo ni maelezo tuliyo nayo kuhusu watu wanaoishi nyumbani kwako wanaoenda shuleni. Je, maelezo yaliyo hapa chini ni sahihi?  Ndiyo  Hapana

Ikiwa hapana, tafadhali weka maelezo sahihi na maelezo yoyote mapya katika safumlalo ambazo hazijajazwa zilizowekwa kwenye chati iliyo hapa chini.

Jina	Umri	Jina la Shule	Anahudhuria nusu ya wakati au zaidi? Ndiyo/Hapana	Gredi ya juu zaidi aliyofika	Anapokea mafunzo ya kazi? Ndiyo/Hapana	Aina ya shule (Chekechea hadi gredi ya 12, Chuo, Chuo cha Biashara)
MEDICAID RECIPIENT	99	UNKNOWN	No	NA	NA	NA

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Nambari ya akaunti: 775301588

**Ufikiaji wa Bima Nyingine ya Afya**

Jina	Jina la mmiliki wa bima?	Jina la Bima	Hali ya Kujiandikisha	Nambari za kitambulisho cha dai, mkataba/kundi na/au mwanachama	Jina na anwani ya kampuni ya bima

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**Idhini yako ya kushiriki data kwa ajili ya kufanya maamuzi ya ustahiki kuhusiana na MEDICAID NA BIMA YA AFYA PEKEE**

Tunaweza kukusaidia vyema ikiwa tunaweza kushirikiana na mashirika na wataalamu wengine wanaokujua wewe na familia yako. Kwa kuchagua kibanduku cha "I Agree" (Ninakubali), unatupatia ruhusa ya kupata, kutumia na kushiriki maelezo ya siri kukuhusu kutoka kwa vyanzo mbalimbali ikiwemo Idara ya Kazi na Mafunzo ya R.I (R.I. Department of Labor and Training, DLT), Idara ya Huduma za Binadamu ya R.I (R.I. Department of Human Services, DHS), Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu ya R.I (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), Idara ya Afya ya R.I (R.I. Department of Health), Idara ya Marekebisho ya R.I (R.I. Department of Corrections, RIDOC), na kampuni ya Experian kwa niaba ya Vituo vya Huduma za Medicaid na Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) na Usimamizi wa Msaada wa Serikali (Social Security Administration, SSA).

Hatutakunyima msaada wowote au kupata huduma ya mipango yoyote ambayo unastahiki kwa sababu tu haujatupatia ruhusa ya kupata, kutumia na kushiriki maelezo ya siri. Hata hivyo, idhini yako inahitajika ili kubainisha au kusasisha ustahiki wako kwa kutumia vyanzo vya data vya kielektroniki kwa mipango mingine kama vile bima ya afya ya biashara kupitia HealthSourceRI.

Unaweza kuendelea kutafuta na kununua bima ya huduma ya afya bila kujaza fomu hii ya idhini kwa kuwasiliana na Kituo chetu cha Mawasiliano (Contact Center) kwa nambari 1-855-840-HSRI (4774), lakini ikiwa ungependa kujua iwapo unastahiki kupokea msaada wowote wa fedha za kununua bima ya afya, iwe unastahiki kupokea bima ya Medicaid, utahitaji kujaza fomu hii ya kutoa idhini.

Shughuli zote za kushiriki na kutumia maelezo unazoidhinisha kwa kuchagua kibanduku cha "I Agree" (Ninakubali) zitafanywa kwa kutii sheria na kanuni za jimbo na nchi zinazohusika za kulinda faragha yako, ikiwa ni pamoja, lakini si tu: Sheria ya Uwajibikaji na Uwezo wa Kuhamishika kwa Bima ya Afya (Health Insurance Portability and Accountability Act) ya 1996 (Pub. L. 104-191); Usiri wa Maelezo na Mawasiliano ya Huduma ya Afya ya R.I (R.I. Confidentiality of Health Care Communications and Information) (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 na kanuni na sheria nyingine zote zinazohusika. Maelezo yatashirikiwa kupitia uhamishaji wa data kwa kompyuta.

Kwa kuchagua kibanduku cha kwanza kilicho hapa chini, ninaidhinisha hatua za kupata na kutumia maelezo ya siri kunihusu ili kubainisha ustahiki wangu wa awali na unaoendelea wa kujiandikisha katika bima ya afya inayofadhiliwa na serikali au mipango mingine inayofadhiliwa na serikali inayotolewa kupitia kituo hiki ambayo hupanga, kutoa na kuratibu msaada na malipo.

- Ninatoa idhini yangu ya kushiriki data kwa ajili ya maamuzi ya ustahiki.
- Sitoi idhini yangu na ninaelewa kwamba ustahiki wangu wa kushiriki kwa mipango mingine unaweza kuathiriwa na uamuzi huu.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>





**ONYO LA ADHABU**

Saini yangu hapa chini inaonyesha kwamba nimesoma au nimesomewa maelezo ya Haki na Wajibu yaliyoambatishwa kwenye fomu hii. Chini ya adhabu ya kusema uongo, ninathibitisha kwamba majibu yangu yote yaliyo kwenye fomu hii ya usasishaji ni sahihi na kamili kadri ya ufahamu wangu, ikiwa ni pamoja na maelezo kuhusu uraia na hali ya uhamiaji na utambulisho wa watoto wadogo waliotajwa kwenye fomu hii. Ninaelewa kwamba ninavunja sheria ikiwa nitatoa maelezo ya uongo kimakusudi na ninaweza kuadhibiwa chini ya sheria ya jimbo, nchi au zote mbili.

Saini ya Mwombaji au Mpokeaji	Tarehe	Saini ya Mwakilishi Aliyeidhinishwa	Tarehe
Saini ya Mke/Mume au Mzazi Mwingine wa Mtoto	Tarehe	Saini ya Mtu Anayekusaidia Kujaza Fomu hii	Tarehe
Saini ya Mlezi, Mlinzi au Wakili	Tarehe	Saini ya Mwakilishi wa Shirika (sehemu ya kujazwa na ofisi pekee)	Tarehe

**Ombi la Kujiandikisha Kama Mpiga Kura Katika Jimbo la Rhode Island**

Ikiwa hujajiandikisha kama mpiga kura mahali unapoishi kwa sasa, ungependa kujiandikisha kama mpiga kura?  Ndiyo  Hapana  
**KUMBUKA: Usipochagua kisanduku chochote, utachukuliwa kwamba umeamua hutaki kujiandikisha kama mpiga kura kwa sasa.**

Kutuma ombi la kujiandikisha au kukataa kujiandikisha kama mpiga kura hakutaathiri kiasi cha msaada utakaopewa na idara hii. Ikiwa ungependa kupata usaidizi wa kujaza fomu ya kujiandikisha kama mpiga kura, tutakusaidia. Ni uamuzi kuomba au kukubali usaidizi. Unaweza kujaza fomu ya ombi la kujiandikisha kama mpiga kura kwa usiri.

Ikiwa unaamini kwamba mtu fulani ameingilia haki yako ya kujiandikisha au kukataa kujiandikisha kama mpiga kura, haki yako ya faragha ya kuamua iwapo utajiandikisha au kuomba kujiandikisha kama mpiga kura, au haki yako ya kuchagua chama chako cha kisiasa au chama kingine cha kisiasa unachopendelea, unaweza kuwasilisha malalamiko kwa Mratibu wa Uandikishaji wa Wapiga Kura (Voter Registration Coordinator) katika 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 au unaweza kupiga simu kwa nambari (401) 222 - 2345.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Chatu iliyo hapa chini inakuonyesha baadhi ya mifano ya hati utakazohitaji kuwasilisha pamoja na fomu hii ya usasishaji. Rudisha fomu hii ya usasishaji iliyojazwa hata kama huna hati hizi zote. Ikiwa unahitaji usaidizi wa kupata hati hizi, unaweza kuwasiliana na DHS kwa nambari ya simu iliyowekwa kwenye ukurasa 1 wa fomu hii.

Unaweza pia kuwasilisha hati zako kupitia programu ya simu ya mkononi ya HealthyRhode, unayoweza kuipakua kwenye simu yako mahiri.

<b>Mapato ya Kazi</b>	Taarifa au stakabadhi za malipo kwenye barua ya mwajiri zinazoonyesha mapato unayopata kabla ya kutozwa kodi, tarehe za kulipwa, ratiba ya kazi ya kila saa na idadi ya saa ulizofanya kwa wiki nne zilizopita
<b>Anwani Mpya na Gharama za Nyumba</b>	Risiti ya malipo ya kodi ya nyumba, kitabu cha malipo ya mkopo wa nyumba, mkataba wa kukodisha/ukodishaji, taarifa kutoka kwa Idara ya Makazi na Maendeleo ya Mijini (Department of Housing and Urban Development, HUD), taarifa kutoka kwa mtu anayeshiriki gharama za nyumba, bili za huduma za matumizi, taarifa kutoka kwa kampuni ya huduma za matumizi, taarifa kutoka kwa mwenye nyumba ikiwa ni pamoja na anwani na kiasi ulicholipa
<b>Malipo ya Msaada wa Malezi ya Mtoto Unayolipa</b>	Ikiwa jukumu lako la kulipa malipo ya msaada wa malezi ya mtoto limebadilika, toa nakala ya amri ya mahakama.
<b>Mapato Yasiyo ya Kazi</b>	Nakala ya hivi karibuni zaidi ya cheki ya Msaada wa Serikali au taarifa ya msaada, uthibitisho wa kutoajiriwa, fidia ya mfanyakazi, malipo ya uzeeni, malipo ya msaada wa malezi ya mtoto, masurufu, TDI
<b>Gharama za Malezi ya Mtu Anayekutegemea</b>	Risiti inayoonyesha gharama za malezi ya mtoto unazolipa mwenyewe au gharama za malezi ya mwanafamilia mlemavu au mzee
<b>Rasilimali/Magari</b>	Taarifa za akaunti ya benki (akiba, malipo ya cheki, taarifa za muungano wa mikopo na/au CD); hisa au dhamana; hati za umiliki wa shirika la wafanyabiashara; uthibitisho wa umiliki wa nyumba kando na nyumba yako; uthibitisho wa mali za kukodishwa; nambari ya usajili wa gari ikiwa ni pamoja na gari, boti, lori, pikipiki, gari la kupiga kambi; uthibitisho wa mali nyingine zinazoleta mapato; uthibitisho wa umiliki wa ploti ya makaburini (ikiwa unamiliki zaidi ya moja)

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**MAONI YA MTEJA (unaweza pia kutoa maelezo ya ziada hapa)**

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>





# 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 <input style="width: 150px;" type="text"/> Suffix (if any) <input style="width: 50px;" type="text"/>		First Name <input style="width: 150px;" type="text"/>		Middle Name (or initial) <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>5.</b> Home Address (Do not enter a post office box) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 50px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 50px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>RI</b>
<b>6.</b> Mailing Address (If different from Box 5) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 50px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 50px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>
<b>7.</b> Date of Birth (mm/dd/yyyy) Month <input style="width: 30px;" type="text"/> Day <input style="width: 30px;" type="text"/> Year <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>8.</b> Phone No./ E-mail Address (optional) <input style="width: 150px;" type="text"/>		<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 <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<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>	
<b>PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW</b> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>			Are you interested in working at the polls? (check box below) <input type="checkbox"/>	
Date: <input style="width: 50px;" type="text"/> (mm/dd/yyyy) Signed <input style="width: 50px;" type="text"/>			Warning: 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) <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION</b> (City/Town, State, ZIP & County) <input style="width: 150px;" type="text"/>		
02/2012 Regs Form Revised 12/2012				

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



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

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**Nambari ya akaunti: 775301588**

## **Masharti ya Kuripoti Mabadiliko**

Lazima uripoti mabadiliko yoyote yafuatayo yanayoweza kuathiri hali ya ustahiki na kujiandikisha kwa mtu yeyote katika familia yako ndani ya kipindi cha siku 10 kuanzia tarehe ya kufanyika kwa mabadiliko:

- Anwani ya makazi;
- Anwani ya barua;
- Mapato;
- Hali ya ndoa;
- Watu wanaojiunga au kuondoka nyumbani kwako, au wanaojumuishwa katika malipo yako ya kodi;
- Hali ya ujauzito ya mtu yeyote katika familia;
- Hali ya ufungwa au tabia za mfungwa;
- Ufikiaji wa bima nyingine ya afya ikiwa ni pamoja na ustahiki wa kupokea bima ya Medicare au ufikiaji wa bima kupitia kazi yako au kupitia kazi ya mwanafamilia;
- Hali ya uraia au uhamiaji;
- Kuzaliwa, kupangwa, kupelekwa katika kituo cha kupangwa, kuoa/kuolewa, kotalikiana au kifo;
- Hali ya malipo ya kodi ya mapato ya nchi; au
- Idadi ya watu wanaotegemea kodi waliotajwa kwenye kodi za mapato za nchi.

Una HAKI ya kutobaguliwa. Kulingana na sheria ya serikali kuhusu haki za raia na kanuni na sera za haki za raia za Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, Mashirika yake, ofisi na wafanyakazi wake, na mashirika yanayoshiriki au yanayotoa huduma za mipango ya USDA hayaruhusiwi kubagua kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, dini, jinsia, utambulisho wa kijinsia (ikiwa ni pamoja na mwonekano wa kijinsia), mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, ulemavu, umri, hali ya ndoa, hali ya familia/uzazi, mapato yanayotokana na mpango wa msaada wa umma, misimamo ya kisiasa, au kulipiza kisasi kwa kushiriki katika shughuli za awali za utetezi wa haki za raia katika mpango au shughuli yoyote inayoendeshwa au kufadhiliwa na USDA (si misingi yote inayotumika kwa mipango yote). Tarehe za mwisho za kuwasilisha malalamiko na kutoa suluhu zinatofautiana kulingana na mpango na tukio.

Watu wenye ulemavu wanaohitaji njia mbadala za mawasiliano ya kupata habari kuhusu mpango (k.m Breli, maandishi makubwa, rekodi za sauti, Lugha ya Ishara ya Marekani, nk.), wanapaswa kuwasiliana na Shirika au Kituo cha TARGET cha USDA kwa nambari (202) 720-2600 (simu na TTY) au wawasiliane na USDA kupitia huduma ya Federal Relay Service kwa nambari (800) 877-8339. Pia, maelezo ya mpango yanaweza kupatikana katika lugha zingine kando na lugha ya Kiingereza. Ili kuwasilisha malalamiko ya ubaguzi wa mpango, jaza Fomu ya Malalamiko ya Ubaguzi wa Mpango ya USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), AD-3027, inayopatikana mtandaoni katika

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> na katika ofisi yoyote ya USDA au andika barua kwa USDA na utoe maelezo yanayoombwa kwenye fomu katika barua hiyo. Ili kuomba nakala ya fomu ya malalamiko, piga simu kwa nambari (866) 632-9992. Wasilisha fomu uliyojaza au barua yako kwa USDA kupitia: (1) barua: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) nambari ya faksi: (202) 690-7442; au (3) barua pepe: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). USDA ni mtoa huduma, mwajiri na mkopesaji asiyebagua mtu yeyote.

Kulingana na Kifungu cha VI cha Sheria ya Haki za Raia (Civil Rights Act) ya mwaka wa 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Kifungu cha 504 cha Sheria ya Kupinga Ubaguzi kwa Msingi wa Ulemavu (Rehabilitation Act) ya mwaka wa 1973, kama ilivyorekebishwa (29 U.S.C. 794), Sheria ya Wamarekani wenye Ulemavu (Americans with Disabilities Act) ya mwaka wa 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), na Kifungu cha IX cha Marekebisha ya Elimu (Education Amendments) ya mwaka wa 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), Sheria ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Act) ya mwaka wa 2008 (iliyojulikana zamani kama Sheria ya Vocha za Chakula (Food Stamp Act)), Sheria ya Ubaguzi wa Umri (Age Discrimination Act) ya mwaka wa 1975, kanuni za utekelezaji za Idara ya Afya na Huduma za Jamii ya Marekani (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) (45 C.F.R. Sehemu ya 80 na 84) na kanuni za utekelezaji za Idara ya Elimu ya Marekani (U.S. Department of Education) (34 C.F.R. Sehemu ya 104 na 106), na Idara ya Kilimo ya Marekani (U.S. Department of Agriculture), Huduma za Chakula na Lishe (Food and Nutrition Services, FNS) (7 C.F.R. 272.6); Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) na Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS), hazibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, ulemavu, dini, misimamo ya kisiasa, umri au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS na DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS kupitia 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Ili upige simu kwa kutumia huduma ya Rhode Island Relay, piga simu kwa nambari 7-1-1 au piga simu kwa moja ya nambari hizi zisizolipishwa: TTY: 1-800-745-5555, Sauti: 1-800-745-6575. Afisa wa Usimamizi wa Mahusiano ya Jamii (Community Relations Liaison Officer) ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha VI, Ofisi ya Huduma za Kurekebisha Ulemavu (Office of Rehabilitation Services, ORS) Msimamizi au mwakilishi wake ni mratibu wa utekelezaji wa Kifungu cha IX, Sehemu ya 504 na ADA. Mkurugenzi wa DHS au mwakilishi wake ana wajibu wa jumla wa utiifu wa haki za raia kwa mipango yote ya shirika. Katibu wa EOHHS anawajibika kwa masuala ya ubaguzi unaohusiana na mpango wa Medicaid na malalamiko yoyote kama hayo yataripotiwa ipasavyo.

**Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>**



## **HAKI ZAKO**

### **Maelezo kuhusu Bima na Haki zako:**

**Una HAKI** ya kuomba, na ikiwa utastahiki, kupokea msaada wa fedha au Medicaid au Mpango wa Msaada wa Ziada wa Chakula (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) kulingana na sera na viwango vilivyowekwa chini ya kanuni na sheria za Jimbo na Nchi.

**Unaweza kuwa na haki** ya kukata rufaa na kuomba Ukaguzi wa Uamuzi wa Usimamizi (Administrative Fair Hearing) ikiwa hukubaliani na maamuzi yetu. Unaweza:

- 1. Kutupigia simu ili tujadili uamuzi wa msaada.** Kuwasiliana nasi kwa nambari ya simu iliyowekwa katika sehemu ya juu ya ukurasa wa kwanza wa notisi hii. Hakikisha una notisi hii na nambari ya kesi/kitambulisho unapopiga simu.
- 2. Kukata Rufaa ya Ukaguzi wa Uamuzi wa Usimamizi.** Rufaa ni ombi rasmi la kuomba kukaguliwa kwa uamuzi uliofanywa katika kesi ya usimamizi. Tafadhali endelea kusoma ili upate maelezo zaidi.

### **Ukaguzi wa uamuzi ni nini?**

Ukaguzi wa uamuzi ni fursa yako ya kumwambia hakimu wa kesi ya usimamizi kwa nini hukubaliani na uamuzi wa shirika kuhusu ustahiki wako, msaada na/au gharama zozote unazopaswa kulipa. Mwakilishi wa shirika huhudhuria pia kesi hiyo ili kufafanua msingi wa uamuzi wa shirika. Kisheria, hakimu wa kesi ya usimamizi lazima akague ukweli wa kesi iliyowasilishwa na pande zote mbili kwa njia ya kweli na haki.

### **Tarehe za mwisho za kukata rufaa na kuomba ukaguzi wa uamuzi**

Chati iliyo hapa chini inafafanua tarehe za mwisho za kukata rufaa za kila mpango. Kwa mipango mingine, msaada au huduma zako zinaweza kuendelea hadi uamuzi wa kesi utakapofanywa ikiwa utakata rufaa kufikia tarehe za mwisho zilizowekwa kwenye chati. Ukipitisha tarehe ya mwisho iliyowekwa, unaweza kupoteza haki yako ya kukata rufaa. Baada ya kukata rufaa yako, tutapanga wakati wa kusikiliza kesi yako na kutoa uamuzi ndani ya kipindi cha siku 90, au siku 60 ikiwa kesi inahusiana na msaada wako wa SNAP. Uamuzi utatolewa kuhusu rufaa za HealthSource RI ndani ya kipindi cha siku 90 kuanzia tarehe ya kuwasilishwa kwa rufaa, iwezekanavyo kiusimamizi.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



Mpango	Lazima ukate rufaa katika:	Je, msaada utaendelea kutolewa ikiwa rufaa itakatwa ndani ya kipindi cha siku 10 baada ya kutumwa kwa noti ("Aid Pending")?
Medicaid	Siku 30 baada ya tarehe ya kutumwa kwa noti na siku tano za muda wa kutuma	Ndiyo, msaada utaendelea kutolewa kiotomatiki isipokuwa utuambie tukomeshe
SNAP	Siku 90 kuanzia tarehe ya kutumwa kwa noti	Ndiyo, msaada utaendelea kutolewa kiotomatiki isipokuwa utuambie tukomeshe
CCAP	Siku 30 kuanzia tarehe ya kutumwa kwa noti	Msaada unaweza kupunguzwa hadi kesi iamuliwe.
GPA	Siku 10 kuanzia tarehe ya kutumwa kwa noti	Ndiyo, lakini ombi lazima litumwe kwa maandishi
Bima ya Afya ya Biashara (Commercial Health Insurance) Mipango mingine yote	Siku 30 baada ya tarehe ya kutumwa kwa noti na siku tano za muda wa kutuma. Siku 30 kuanzia tarehe ya kutumwa kwa noti	Lazima uwasiliane na HealthSource RI ndani ya kipindi cha siku 30 baada ya kutumwa kwa noti ili uombe Aid-Pending. Ndiyo

### Rufaa za Kushughulikiwa Haraka

Una haki ya rufaa yako kushughulikiwa haraka ikiwa una hitaji la haraka la kupokea huduma za afya au msaada wa SNAP na hatua ya kusubiri muda wa kawaida wa kushughulikiwa kwa rufaa inaweza kuhatarisha zaidi maisha au afya yako, au uwezo wa kupata, kudumisha au kuweza kufanya kazi tena ipasavyo. Lazima tuamue rufaa za kuharakishwa haraka iwezekanavyo, kulingana na hali. Tukikataa ombi lako la kuharakishwa kwa rufaa yako, lazima tukujulishe haraka, na lazima tushughulikie rufaa yako kupitia utaratibu wetu wa kawaida.

### Haki ya Kuendelea Kupokea Msaada Unaposubiri Uamuzi wa Kesi

Unaweza kuwa na haki ya kuendelea kupata msaada wako unaopata wakati unasubiri kesi yako iamuliwe (hii inajulikana kama "Aid-Pending"). Isipokuwa kwa Bima ya Afya ya Biashara (Commercial Health Insurance) kupitia HealthSource RI, ukikata rufaa ndani ya kipindi cha siku 10, mara nyingi, utaruhusiwa Aid-Pending. Isipokuwa ubainishe vinginevyo, kwa hali ya Medicaid na HealthSource RI, tutachukulia kwamba ulipokea noti siku 5 baada ya tarehe iliyo kwenye noti.

Ikiwa una bima ya Medicaid na uruhusiwe Aid-Pending, kisha upoteze kesi yako, Jimbo linaweza kukulazimisha ulipe gharama ulizolipiwa wakati wa kipindi cha Aid-Pending. Kwa HealthSource RI, unaweza tu kuruhusiwa Aid-Pending ikiwa unakata rufaa ya ukaguzi wa uamuzi wa ustahiki uliofanywa ndani ya kipindi cha siku 30 kuanzia tarehe ya kukata rufaa yako, na ombi litumwe kwa simu kwa HealthSource RI kwa nambari 1-855-840-HSRI (4774). Ikiwa unapokea huduma ya mapunguzo ya kodi ili kusaidia kulipa malipo yako ya bima na uruhusiwe Aid-Pending, kisha upoteze kesi yako, unaweza kudaiwa pesa za ziada katika kodi zako za serikali mwaka unaofuata. Ikiwa unalipa malipo ya bima ya kila mwezi, lazima bado ulipe wakati wa kipindi cha Aid-Pending.

Ikiwa unapokea msaada wa SNAP, RIW au GPA na uruhusiwe Aid-Pending, kisha upoteze kesi yako, unaweza kulazimika kulipa msaada uliopewa lakini hukustahiki kupewa katika kipindi hiki.

### Haki ya Kujiwakilisha na Haki ya Kuwakilishwa

Una haki ya kujiwakilisha katika kesi, au kuwakilishwa na mtu mwingine unayemchagua, ikiwemo mwanasheria, wakili, rafiki au jamaa.

Unaweza kupata msaada wa kisheria kutoka kwa kampuni ya Huduma za Kisheria za Rhode Island (Rhode Island Legal Services, Inc.) kwa nambari 274-2652 au 1-800-662-5034. Ukichagua kuwakilishwa na Wakili, wakili huyo lazima awasilishe hati ya Ruhusa ya Uwakili (Entry of Appearance) kwa Hakimku wakati au kabla ya kesi. Ruhusa ya Uwakili inatumika kama idhini ya kutoa maelezo ya siri, inayomruhusu Wakili kufikia rekodi ya kesi ya

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>





## Nambari ya akaunti: 775301588

Shirika. Inahitajika pia ili Hakimu athibitisha uwakilishi huo kwa makusudi ya ufuatiliaji, ukaguzi, kuomba uahirishaji, nk.

### Ustahiki wa Wanafamilia Wengine Unaweza Kuathiriwa

Uamuzi wetu wa rufaa unaweza kusababisha mabadiliko katika ustahiki wa mwanafamilia wako mwingine.

### Ufikiaji wa Rekodi ya Kesi Yako

Una haki ya kuona rekodi ya kesi yako, ikiwemo ushahidi wowote ambao Jimbo litatumia katika kesi yako. Ili uangalie rekodi ya kesi yako, tupigie simu kwa nambari 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Ikiwa unakata rufaa kwa hatua iliyochukuliwa na HealthSource RI, unaweza kuomba nakala ya rekodi yako kwa kupiga simu kwa nambari: 1-855-840-HSRI (4774).

### Utatuzi Usio Rasmi

Tunaweza kutatua tatizo lako haraka bila kufanya kesi. Tafadhali piga simu kwa nambari 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) ili tuweze kukagua kesi yako kwa njia isiyo rasmi. Ikiwa unakata rufaa kwa hatua iliyochukuliwa na HealthSource RI, unaweza kuwasiliana na HealthSource RI kwa nambari 1-855-840-HSRI (4774) ili uombe tukague rufaa yako kwa njia isiyo rasmi. Tutawasiliana nawe ili kujaribu kutatua rufaa yako kwa njia isiyo rasmi. Haki yako ya kukata rufaa haitaathiriwa na juhudi za kutatua suala lako kwa njia isiyo rasmi.

Ikiwa hili lilikuwa ombi lako la kwanza la bima ya Medicaid, lazima ukate rufaa kwa maandishi ndani ya siku ya thelathini (30). Ili kushughulikiwa muda wa kutumwa, kipindi cha siku 30 kinaanza siku ya tano baada ya tarehe ya kupokea notisi hii. Kwa hivyo, lazima ukate rufaa yako kufikia tarehe 05/06/2023. Ikiwa tayari unatumia bima ya Medicaid na ungependa kuendelea kutumia bima yako hadi kesi yako itakapoamuliwa, lazima ukate rufaa kwa maandishi ndani ya kipindi cha siku kumi (10). Tena, ili kushughulikiwa muda wa kutumwa, kipindi cha siku 10 kinaanza siku ya tano baada ya tarehe ya kupokea notisi hii.

**Una HAKI ya faragha. Chini ya sheria ya jimbo, mashirika yote yanayotoa huduma za mipango yanafuata kanuni na sheria za jimbo na nchi za kutumia maelezo yanayokuhusu wewe na wanafamilia wako wengine kwa makusudi yanayohusiana tu moja kwa moja na utoaji wa huduma za mipango na kwa kutii Sheria ya Uwajibikaji na Uwezo wa Kuhamishika kwa Bima ya Afya (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) Viwango vya Usiri wa Maelezo ya Afya Yanayoweza Kumtambulisha Mtu Binafsi (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information).** Sheria za HIPAA zinatuzuia kujadili na mtu yeyote maelezo yako ya afya au ya mwanafamilia wako yeyote, ikiwa ni pamoja na mwakilishi ambaye hajaidhinishwa, isipokuwa mtu huyo ana uwezo wa uwakili au umetia saina fomu ya idhini inayoidhinisha ufichuaji wa maelezo haya. Hii inajumuisha ufichuaji wa maelezo ya afya ya akili, matokeo ya vipimo vya VVU, UKIMWI, MAGONJWA YA ZINAA au matibabu na huduma za utegemeaji wa kemikali.

EOHHS na DHS hazitoi maelezo kukuhusu wewe au wanafamilia wako wengine bila idhini yako isipokuwa kama inavyoelezwa katika kanuni na Sheria za Jumla za Rhode Island zilizobainishwa katika Sheria za Usimamizi za DHS na Sheria za Kanuni za Usimamizi za Medicaid. Mtu yeyote atayepatikana na kosa la kukiuka kanuni za Sheria za Jumla za Rhode Island atachukuliwa kuwa amevunja sheria. Wakiukaji wanaweza kupigwa faini ya juu zaidi ya dola mia mbili (\$200), au kufungwa jela kwa kipindi cha hadi miezi sita (6), au hatua zote mbili.

**Una HAKI** ya huduma za kuamrisha kwa utekelezaji wa msaada kupitia Ofisi ya Huduma za Msaada wa Malezi ya Mtoto (Office of Child Support Services, OCSS). Ili kupata fomu ya maombi ya huduma hizi, nenda katika <http://www.cse.ri.gov/> au tembelea Ofisi ya Huduma za Msaada wa Malezi ya Mtoto (Office of Child Support Services) iliyo karibu nawe iliyoko 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

**Una HAKI** ya kumteua mwakilishi aliyeidhinishwa. Mwakilishi aliyeidhinishwa ni mtu aliyeteuliwa na mkuu wa familia au mke/mume, au mwanafamilia yeyote mwenye mamlaka, kuwakilisha familia katika kuomba msaada wa mpango, au kutumia msaada wa familia. Mwakilishi aliyeidhinishwa kwa msaada anaweza kuwa au anaweza kukosa kuwa mtu yule aliyeteuliwa kama mwakilishi aliyeidhinishwa kwa utaratibu wa kutuma maombi au kwa kutimiza masharti ya kuripoti. Uteuzi wa mwakilishi aliyeidhinishwa lazima ufanywe kwa maandishi.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**Ikiwa unaomba bima ya huduma ya afya ya bei nafuu ya Medicaid**, ni masharti ya EOHHS kwamba lazima Idara inahitaji:

- Kukupatia siku thelathini (30) ili utupatie maelezo tunayohitaji ili kukagua ustahiki wako. Usipotupatia maelezo hayo au kuomba muda zaidi, tunaweza kukunyima, kufunga au kubadilisha bima yako ya afya.
- Kukujulisha, mara nyingi, angalau siku kumi (10) kabla ya kukomesha bima yako ya afya.
- Kukupatia hati ya uamuzi, mara nyingi, ndani ya kipindi cha siku thelathini (30). Bima ya afya na baadhi ya kesi za ulemavu zinaweza kuchukua kipindi cha siku arubaini na tano (45) hadi tisini (90).
- Kuendelea kupokea bima ya Medicaid ya Rhode unaposubiri uamuzi wetu kuhusu ikiwa unastahiki chini ya mpango mwingine.

### **MAJUKUMU YAKO**

**Maelezo kuhusu Bima na Majukumu yako:**

**Una JUKUMU** la kutoa maelezo sahihi kuhusu mapato yako, rasilimali na familia yako kwenye fomu hii ya maombi.

**Una JUKUMU** la kutoa nambari yako na za wanafamilia wako za Kupokea Msaada wa Serikali (au uthibitisho kwamba umeomba nambari hiyo), kama masharti ya kustahiki. Ukusanyaji wa maelezo kwenye fomu ya maombi, pamoja na Nambari za Kupokea Msaada wa Serikali za wanafamilia wako ambao unapokea msaada kwa niaba yao, umeidhinishwa chini ya Sheria ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Act) ya mwaka wa 2008 (iliyojulikana zamani kama Sheria za Vocha za Chakula (Food Stamp Act)), kama ilivyorekebisha, 7 U.S.C. 2011-2036 na chini ya Sheria ya Nchi (na). Maelezo haya yatatumiwa kubainisha iwapo familia yako inastahiki au inaendelea kustahiki kushiriki katika mpango wa SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, na/au Bima ya Afya ya Biashara (Commercial Health Insurance) na Msaada wa Fedha. Idara itathibitisha maelezo haya kupitia huduma ya kompyuta ya ulinganishaji wa data na Idara ya Kazi na Mafunzo (Department of Labor and Training), Usimamizi wa Msaada wa Serikali (Social Security Administration, SSA), Huduma ya Mapato ya Ndani (Internal Revenue Service), Huduma ya Chakula na Lishe (Food and Nutrition Service) na mashirika mengine ya serikali na yasiyo ya serikali yaliyoidhinishwa kisheria, kikanuni au kimkataba, na yataweza kuthibitishwa na maafisa wa Nchi, Jimbo na eneo. Maelezo ya mapato na ustahiki yanayopatikana kutoka kwenye mashirika haya yatatumiwa kuhakikisha kwamba familia yako inastahiki na inapokea kiasi sahihi cha msaada wa SNAP, GPA, Malezi ya Mtoto, RIW, Medicaid na Bima ya Afya ya Biashara (Commercial Health Insurance) na Msaada wa Fedha. Maelezo haya yatatumiwa kufuatilia utiifu wa kanuni za mpango, kwa usimamizi wa mpango pamoja na kuzuia ulaghai na kuthibitisha madeni ya huduma za afya.

Maelezo haya yanaweza kufichuliwa kwa mashirika mengine ya serikali na jimbo kwa uchunguzi rasmi, na kwa maafisa wa polisi kwa makusudi ya kuwakamata watu wanaotoroka ili kukwepa sheria. Ikiwa deni litaripotiwa dhidi ya familia yako, maelezo uliyotoa kwenye fomu yako ya maombi, ikiwa ni pamoja na SSN, yanaweza kuripotiwa kwa mashirika ya Nchi na ya Jimbo pamoja na mashirika ya kibinafsi ya ukusanyaji wa madeni ili hatua ya ukusanyaji wa madeni ichukuliwe. Ni hiari yako kutoa maelezo yanayotakikana. Hata hivyo, usipotua SSN itasababisha tunyime msaada mtu yeyote anayeomba msaada. Tutatumia na kufichua SSN zozote unazotupatia kama ilivyo na SSN za wanafamilia wanaostahiki.

**Una JUKUMU** la kushirikiana kikamilifu na wafanyakazi wa jimbo au wa nchi wanaofanya ukaguzi wa ubora.

**Una JUKUMU** la kushirikiana na Ofisi ya Huduma za Msaada wa Malezi ya Mtoto ikiwa unapokea msaada wa RI Works, Msaada wa Malezi ya Mtoto au Medicaid. Lazima usaidie kubainisha, kurekebisha au kutekeleza msaada wa malezi ya mtoto wa mtoto/watoto unaowalea, na kubainisha uzazi (panapohitajika). Ikiwa unaweza kuthibitisha kwamba una sababu nzuri ya kuamini kwamba hatua ya kushirikiana na Ofisi ya Huduma za Msaada wa Malezi ya Mtoto inakuweka wewe, watoto wako au watoto unaowalea katika hatari ya kudhuriwa na mzazi asiye mlezi, unaweza kudai kwamba una sababu nzuri ya kutoshirikiana.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**MPANGO WA KAZI WA RI, MEDICAID, MSAADA WA MALEZI  
YA MTOTO NA MSAADA WA JUMLA WA UMMA**

**HAKI ZA KUMILIKI MALI NA MIGAWO**

Kulingana na Sheria ya Jumla ya Rhode Island, Vifungu vya 40-6-9, 40-6-10, au 40-8-15, bila haja ya kutia saini hati yoyote:

**a.) Kuhusu Msaada wa Malezi ya Mtoto na Ubainishaji wa Uzazi**

Nimekabidhi haki yoyote na zote ambazo ninaweza kuwa nazo kwa ajili na kwa niaba yangu, na kwa ajili na kwa niaba ya mtoto au watoto wangu, kwa Idara ya Huduma za Binadamu (Department of Human Services, DHS) iwe inafanya kazi kivyake au kama ajenti wa ustahiki wa Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), ya kuchukua hatua dhidi ya mtu yeyote anayekosa kutoa malipo ya msaada wa malezi, matunzo na huduma za afya kwa ajili yangu na mtoto/watoto wangu wadogo ambao hupokea msaada kutoka kwa shirika lolote au yote mawili. Katika uwezo huu, DHS ina idhini ya kuwasilisha kesi ya kubainisha uzazi na/au kukusanya malipo ya msaada wa malezi kwa ajili yangu au mtoto au watoto wangu wanaopokea au waliokuwa wanapokea msaada kutoka DHS na/au EOHHS. Ikiwa nitaacha kupokea msaada au bima ya Medicaid, lazima niambie Ofisi ya Huduma za Msaada wa Malezi ya Mtoto kuhusu mabadiliko yoyote yanayoathiri msaada wa malezi ya mtoto/matibabu kama vile ikiwa mtoto wangu ameondoka nyumbani kwangu au nimebadilisha anwani yangu.

**b.) Kuhusu Kiasi cha Pesa Zinazoweza Kukusanywa kutoka kwa Mtu Mwingine**

Nimekabidhi haki yoyote na zote kwa DHS au EOHHS, kwa ajili na kwa niaba yangu na mtu yeyote ambaye nimeidhinishwa kisheria kumwakilisha, kwa ajili ya kiasi cha pesa zinazoweza kukusanywa kutoka kwa wahusika wengine zinazotoshana na kiasi cha msaada wa fedha na Medicaid unaotolewa kwa sababu ya ajali, jeraha au ugonjwa.

**c.) Kuhusu Kiasi cha Pesa Zinazoweza Kukusanywa kutoka kwa Fidia ya Mfanyakazi**

Idara ya Huduma za Binadamu na/au Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu inaweza kumiliki tuzo, amri au malipo yoyote ambayo hayajashughulikiwa, ambayo ninaweza kuwa na haki ya kuyapokea chini ya vifungu vya Sheria ya Fidia ya Mfanyakazi ya Rhode Island (Rhode Island Workers Compensation Act), Vifungu vya 28-29 hadi 28-38 vya Sheria za Jumla za Rhode Island. Kusudi la umiliki ni kuhakikisha yanafidiwa kwa Jimbo kwa malipo ya fedha na Medicaid niliyolipwa au yaliyolipwa kwa niaba yangu kwa kipindi cha wakati ambapo tuzo ya fidia ya mfanyakazi, amri au malipo yalifanywa.

**d.) Kuhusu Dai la Umiliki wa Mali ya Mpokeaji Aliyeaga Dunia kwa Ajili ya Malipo ya Medicaid**

Kulingana na sheria ya R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS inaweza kudai umiliki wa mali ya mpokeaji wa msaada wa Medicaid aliyekuwa na umri wa miaka hamsini na tano (55) au zaidi wakati wa kifo chake. Kwa makusudi ya sehemu hii, neno "mali" kulingana na mtu aliyega dunia litajumuisha mali yoyote halisi na ya binafsi na mali nyingine zilizojumuishwa au zinazoweza kujumuishwa ndani ya mali husika ya mtu huyu. Jumla ya msaada wa Medicaid uliolipwa kwa niaba ya mpokeaji wa msaada wa Medicaid aliyekuwa na umri wa miaka hamsini na tano (55) au zaidi wakati wa kupokea ni deni kwa jimbo na linasababisha kudaiwa kumilikiwa kwa mali ya mpokeaji ili kulipwa kwa EOHHS. Hata hivyo, haki ya umiliki inatumika na haitumiki kwa mali ya mpokeaji aliyeacha mjane, au mtoto aliyekuwa na umri wa chini ya miaka ishirini na moja (21) au mtoto ambaye ni kipofu au mwenye ulemavu wa kudumu kabisa kama inavyobainishwa katika Kifungu cha XVI (SSI) cha Sheria ya Msaada wa Serikali (Social Security Act). Ardhi za kikabila na mali fulani zinazomilikiwa na Wamarekani Wahindi na Wenyeji wa Alaska zinaweza kutengwa katika kumilikiwa.

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



## Nambari ya akaunti: 775301588

Ninaelewa kwamba ombi langu linatumika kama idhini kwa EOHHS na/au DHS ya kupata kwa watoa huduma wa Matibabu maelezo yanayonihsu mimi au mtu yeyote aliyejumuishwa katika ombi langu mradi kesi hiyo bado inaendelea. Ninaelewa na kukubali kwamba EOHHS au ajenti wake wa ustahiki, DHS, inaweza kuwasiliana na watu au mashirika mengine ili kupata uthibitisho unaohitajika wa ustahiki wangu na kiwango cha msaada.

Ninaelewa pia kwamba EOHHS na DHS zinaweza kutumia au kushiriki maelezo ninayotoa kwenye fomu yangu ya maombi na kwenye akaunti yangu ya binafsi kwa ajili ya utoaji wa msaada wa mipango yoyote niliyoomba na/au ambayo huenda inanipa msaada kulingana na kanuni, mkataba na sheria ya jimbo na nchi. EOHHS na DHS zinaweza kutoa maelezo yasiyomtambulisha mtu kwa makusudi ya utafiti. Utoaji wowote wa maelezo yanayomtambulisha mtu lazima ufanywe kulingana na sheria ya jimbo na nchi.

### Medicaid: Kukomeshwa Nawe

Mwanafamilia/wanafamilia wako wafuatao wana bima ya Medicaid:

<b>Jina</b>
MEDICAID RECIPIENT

Unaweza kukomesha huduma ya bima ya Medicaid ya mwanafamilia wako yeyote wakati wowote. Tunatoa njia kadhaa za kushughulikia ombi lako la ukomeshaji:

- Kwa Simu: wasiliana na Kituo cha Mawasiliano cha Idara ya Huduma za Binadamu (DHS) kwa nambari 1-855-697-4347 (Jumatatu hadi Ijumaa, isipokuwa kwa siku za likizo, kuanzia saa 8:30 am hadi 3 pm) au HealthSource RI kwa nambari 1-855-840-4774 (Jumatatu hadi Ijumaa, isipokuwa kwa siku za likizo, kuanzia saa 8 am hadi 6 pm)
- Ana kwa Ana: tembelea ofisi ya DHS au weka ombi lako la ukomeshaji kwenye visanduku vyovyote salama vya barua katika ofisi za DHS na Vituo vya Familia vya Eneo (Regional Family Centers). Ili kutambua mahali ambapo ofisi zinapatikana, tembelea [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) au piga simu kwa nambari 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- Kwa Barua: Unaweza pia kutuma ombi kwa barua angalau wiki mbili kabla ya kutaka kukomesha matumizi ya bima na uitume kwa: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

### ♥Medicaid: Kukomeshwa na Jimbo

Mwanafamilia/wanafamilia wako wafuatao wana bima ya Medicaid:

<b>Jina</b>
MEDICAID RECIPIENT

Bima yako, au bima ya mwanafamilia wako yeyote aliyeandikishwa katika mpango wa Medicaid inaweza kughairiwa tu ikiwa mambo yafuatayo yatafanyika:

- ikiwa wewe au mwanafamilia wako hastahiki tena kupokea bima ya bei ya nafuu
- ikiwa bima yako au ya mwanafamilia wako itakomeshwa kwa sababu ya kutoa maelezo ya udanganyifu katika fomu yako ya maombi.

### Ikiwa una mahitaji maalum ya huduma ya afya

Wewe na wanafamilia wako mnaweza kustahiki kupokea huduma zaidi kupitia mpango wa Medicaid ikiwa mtu yeyote katika familia yako ana mahitaji maalum ya huduma ya afya.

- Je, mtu yeyote katika familia yako ana ulemavu?
- Je, mtu yeyote katika familia yako anahitaji huduma ya kituo cha matunzo au huduma nyingine za matunzo ya muda mrefu?
- Je, mtu yeyote katika familia yako ana bili za juu au za mara kwa mara za matibabu?

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>



**Nambari ya akaunti: 775301588**

Ikiwa ndiyo, pata kujua ikiwa anastahiki kulingana na mahitaji maalum ya huduma ya afya. Piga simu kwa nambari (855) 712-9158 au tembelea [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) kwa maelezo zaidi.

**Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>**



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 ដោយមិនគិតលុយ 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, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 nìà kè dyédé gbo: ɔ̃ jũ ké m̃ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̃éin m̃ gbo kpáa. Dá 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).

## Notisi ya Kupinga Ubaguzi

Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu na Idara ya Huduma za Binadamu haibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaifa, ulemavu, misimamo ya kisiasa, umri, dini au jinsia katika kukubali au kutoa huduma, ajira au matibabu, katika shughuli zake za elimu na mipango mingine. Chini ya vifungu vingine vya sheria inayohusika, EOHHS/DHS hazibagui kwa msingi wa mwelekeo wa kuvutiwa kimapenzi, utambulisho au mwonekano wa kijinsia. Kwa maelezo zaidi kuhusu sheria hizi za kupinga ubaguzi, kanuni na utaratibu wa kuwasilisha malalamiko kwa ajili ya utatuzi wa malalamiko ya ubaguzi, wasiliana na DHS iliyoko 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, nambari ya simu (401) 462-2971 (kwa viziwi/wenye matatizo ya kusikia kwa nambari ya simu ya 1-800-745-6575 ujumbe wa sauti; TTY 711).

Kwa maelezo zaidi, tembelea <https://healthyrhode.ri.gov>

