



كيفية التواصل معنا

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

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

DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE
49 Dtuos St
Smithfield, RI 02828

ولاية رود آيلاند

خدمات MEDICAID الطويلة الأجل وتجديد وسائل الدعم

(أهلية التسجيل في برنامج **Katie Beckett**، والخدمات المنزلية والمجتمعية المقدمة لكبار السن والبالغين من ذوي الإعاقة، ودور رعاية المسنين، وإدارة الرعاية الصحية السلوكية وإعاقات النمو والمستشفيات (**Behavioral Healthcare Developmental Disabilities & (Hospitals, BHDDH)**، وبرنامج **PACE**)

راجع المعلومات المتوفرة لدينا في ملفك

ستجدد تغطية Medicaid للأشخاص المذكورين أدناه تلقائيًا.

تاريخ تجديد الميزة الحالية	الاسم	اسم البرنامج
07/01/2023		Medicaid

كيف ستجدد تغطية Medicaid الصحية الخاصة بي؟

يحتوي هذا النموذج على المعلومات المتعلقة بأسرتك التي استخدمناها لاتخاذ قرار بشأن أهليتك. يرجى مراجعة النموذج بأكمله للتأكد أن المعلومات لا تزال صحيحة.

- إذا لم توجد تغييرات، **فلا تفعل شيئًا**: إذا كانت جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج لا تزال صحيحة، فإن تغطية Medicaid الصحية الخاصة بك سيتم تجديدها تلقائيًا لمدة عام آخر. سنرسل إليك خطابًا آخر لإعلامك باستمرار تغطية Medicaid الصحية الخاصة بك قبل تاريخ التجديد.
- إذا وجدت تغييرات، **فأبلغ عنها**: إذا كنت تبلغ عن حدوث تغييرات، يرجى إكمال هذا النموذج وإعادته للإبلاغ عنها. سنراجع المعلومات التي تزودنا بها ونقرر إذا كنت مؤهلاً لتجديد تغطية Medicaid الصحية الخاصة بك أم لا. سنرسل إليك خطابًا آخر لإعلامك بقرارنا أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات قبل تاريخ التجديد.
- 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 خطابًا آخر لإعلامك بقرارنا أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات قبل تاريخ التجديد.



ما التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها؟

- **الدخل:** من الضروري أن نعرف أي تغييرات في دخل المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (long-term services and supports, LTSS) وأي زوج/ زوجة أو معالين يتم أخذهم في الاعتبار عند تحديد المبلغ الذي يجب دفعه مقابل تكلفة الرعاية كل شهر. إذا كان هذا التجديد يتعلق بطفل مؤهل للتسجيل في برنامج Katie Beckett، فسنحتاج إلى معرفة دخل الطفل فحسب. لا توجد مساهمة مطلوبة في تكلفة الرعاية.
- **الموارد:** من الضروري أيضاً أن نعرف إذا زادت موارد المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) 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 من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) قد انتقل من سكنه أو غير عناوينه، أو انضم إلى دار رعاية دائمة أو دار رعاية مسنين أو منزل جماعي، أو غادر أياً منها، أو إذا كان يرتب للانتقال إلى منزل معيشة مشتركة جديد أو مختلف.
- **نية مالك المنزل في العودة إلى محل الإقامة الرئيسي:** بالنسبة إلى المقيمين في دور رعاية المسنين فقط: إذا كنت تمتلك منزلاً يمثل محل إقامتك الرئيسي، فسنفترض أنك تنوي العودة إلى العيش في هذا العقار في وقت مناسب مستقبلاً، وإذا كانت هناك تغييرات طرأت على ملكيتك أو نيتك للعودة إلى محل الإقامة هذا، يرجى تحديث القسم 5 الوارد أدناه.
- **الظروف العائلية والأسرية:** نحتاج إلى معرفة إذا حدثت تغييرات في أسرة المستفيد مثل إذا كان الزوج/ الزوجة أو أحد معالي المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) قد مات، أو حصل على الطلاق، أو تزوج شخصاً آخر، أو انتقل إلى منزل أو خرج منه أو باع منزلاً لا يتم احتسابه كمورد. هذه المعلومات غير مطلوبة لتجديد حالة طفل مؤهل للتسجيل في برنامج Katie Beckett.
- **وضع الهجرة:** يجب عليك إخبارنا إذا كانت حالة الهجرة للمستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) من غير المواطنين و/ أو الراعي قد تغيرت منذ تاريخ الطلب الأولي أو التجديد الأخير.

كيف يمكنني الإبلاغ عن تغييراتي وتجديد تغطية Medicaid الخاصة بي؟

توجد عدة طرق للإبلاغ عن التغييرات. يرجى قراءة الإرشادات التالية بعناية.

- **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، فاملاً المربعات باستخدام "المعلومات الحالية". يرجى التأكد من التوقيع على النموذج وكتابة التاريخ. يمكن إرسال النموذج بالبريد إلى العنوان الموجود أعلى هذا الإشعار. يجب على الأطفال المؤهلين للتسجيل في برنامج Katie Beckett إرسال النموذج إلى DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **التسليم إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, 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 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.

اعرض حسابك عبر الإنترنت

تتوفر أيضاً معلومات عن المزايا الخاصة بك عن طريق تسجيل الدخول إلى حسابك على الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>. يمكنك الوصول إلى حسابك باستخدام اسم المستخدم []، إذا كنت لا تتذكر كلمة المرور الخاصة بك، فإنه يمكنك استردادها عن طريق النقر على "LOG IN" (تسجيل الدخول) ثم النقر على "Forgot Username/Password?" (نسيت اسم المستخدم/كلمة المرور؟) على الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov> من خلال حسابك، يمكنك التقدم بطلب للحصول على المزايا الخاصة بك وتجديدها والإبلاغ عن التغييرات.

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



نموذج تجديد الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)

الإرشادات: يرجى قراءة هذا النموذج بعناية وكتابة المعلومات المتغيرة عن المستفيد. إذا كنت تبلغ عن تغييرات، يرجى التأكد من إعادة نموذج التجديد كاملاً، بما يشمل هذه الصفحة.

معلومات الاتصال للمستفيد

المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
		جهة الاتصال الأساسية وصلة القرابة بالمستفيد
		العنوان البريدي
	FL 34747	
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
	FL 34747	العنوان الذي يعيش فيه المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) في الوقت الحالي
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
		رقم الهاتف
		البريد الإلكتروني
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	اسم الممثل المفوض

1. الدخل:

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد بطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الدخل؟ نحتاج إلى معرفة أي تغييرات في دخل المستفيد. يتعين علينا أيضاً معرفة أسماء أي زوج(ة) ومُعاليين ومصادر دخلهم لوضع كل ذلك في الحسبان عند تحديد المبلغ الذي يجب أن يدفعه المستفيدون البالغون من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) مقابل تكلفة الرعاية.

إذا كانت المربعات فارغة، يرجى تقديم المعلومات المطلوبة.

إذا كانت المربعات مطبوعة مسبقاً، فقم بشطب المعلومات الخطأ وقدم المعلومات الصحيحة في الصفوف الفارغة أدناه. أضع أسماء أي معالين جدد ودخلهم.

أرسل إثباتاً لمبالغ الدخل الجديدة أو المصححة مع هذا النموذج.

ملاحظة: بالنسبة إلى الأطفال المؤهلين لبرنامج **Katie Beckett**، يرجى تضمين دخل الطفل فقط.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الدخل للإبلاغ عنها



الاسم	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بالمستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)	الدخل/ النوع
	XXX-XX-XXXX	XXXXXX	Self	\$ 582.56/ Employment

2. الموارد

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) بطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الموارد التي يمتلكها المستفيد، بما يشمل أي زيادة أو نقصان؟ إذا كانت لدى المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) أي موارد جديدة أو متغيرة (أي مبيعة أو منقولة)، يرجى ذكرها أدناه أسفل "المعلومات الحالية". إذا كان النموذج مطبوعاً مسبقاً، فقم بشطب المعلومات الخطأ وأدخل المعلومات المحدثة الصحيحة في المربعات الموجودة على اليسار.

ملاحظة: تشمل الموارد الأموال النقدية المتوفرة في متناول اليد، وحسابات التوفير والحسابات الجارية، وشهادات الإيداع، والأسهم، والسندات، وحسابات ABE، والصناديق الاستثمارية، وملكية الأعمال التجارية، وما إلى ذلك.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الموارد للإبلاغ عنها

اسم المالك	الموارد	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	المركبة (المركبات)	-	
	الحساب الجاري/ حساب الادخار	-	
	الأسهم/ السندات	-	
	شهادات الإيداع	-	
	حسابات السوق المالية	-	
	ملكية نشاط تجاري	-	
	الأقساط السنوية	-	
	حسابات التقاعد الفردية (Individual Retirement Account, IRA)، و401K، و403B، وخطة Keogh	-	
	عقود أو حسابات الدفن	-	
	غير ذلك	-	

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



12. صناديق الائتمان

إذا قام المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) أو أي شخص يتصرف نيابةً عنه بالإشياء والنقل لأي عنصر ذي قيمة، مثل الميراث، أو الممتلكات العقارية، أو تسوية التأمين، أو توزيع حسابات (IRA)، أو عقد الدفن، أو محفظة الأسهم، أو صندوق الائتمان، أو خطة الأقساط السنوية، أو حساب الوساطة، أو ما شابه ذلك في صندوق الائتمان في غضون الستين (60) شهرًا الماضية، فاملأ المربعات أدناه وأرسل الإثبات.

حدد إذا لم توجد أنشطة استثمارية للإبلاغ عنها

وصف العنصر	تاريخ العمل	قيمة/ مبلغ العنصر الموضوع في الصندوق الاستثماري

3. العقار، بما يشمل منزل المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)

هل حدث أي تغيير في حصة ملكية المستفيد في العقارات/ الممتلكات العقارية (مثل منزل أو أرض) منذ وقت تقديم الطلب الأولي أو التجديد الأخير؟ املأ الفراغات أو صحح أي معلومات خطأ في المربعات أدناه وأرسل إلينا وثائق التغييرات المتعلقة بالمبيعات والتحويلات والدخل.

لم تطرأ أي تغييرات على العقارات/ الممتلكات العقارية للإبلاغ عنها.

العقارات والملكيات العقارية الأخرى		
1. السكن الرئيسي	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
الأزواج/ المعالون الذين يعيشون في المنزل	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
الدخل من الممتلكات العقارية - الإيجار أو التأجير	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
تاريخ البيع/ التحويل	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	



المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	2. عقار/ سكن آخر (العنوان)
	-	
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	قيمة حقوق الملكية - تُقدر أقل من أي حقوق حجز أو ديون أو قروض
	-	
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	الدخل من الملكيات العقارية - الإيجار أو التأجير
	-	
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	تاريخ البيع/ التحويل
	-	

4. تغطية التأمين الصحي

قدم معلومات كاملة وحديثة عن جميع أشكال التأمين الصحي التي توفر التغطية للمستفيد من خلال ملء الفراغات أو تصحيح المعلومات المطبوعة مسبقاً في المربعات الفارغة في الصف أدناه. فم بتضمين خطط أصحاب العمل والمتقاعدين والخطط الصحية الخاصة الأخرى؛ والخطط المتعلقة بالأسنان والنظر وغيرها من الخطط التكميلية؛ و Medicare و Tricare والخطط الحكومية المماثلة.

يرجى إرسال نسخ من الوجه والظهر لجميع بطاقات التأمين الصحي الجديدة والمحدّثة الخاصة بهذه الخطط.

حدد إذا لم تطرأ أي تغييرات على تغطية التأمين الصحي للإبلاغ عنها

التأمين الصحي	اسم صاحب وثيقة التأمين	رقم وثيقة التأمين	قسط التأمين الشهري

لمزيد من المعلومات، فم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



القسم 5: للمقيمين في مرافق رعاية المسنين فقط**نية العودة إلى السكن الرئيسي**

أكمل فقط إذا كنت تقيم حاليًا في مرفق لرعاية المسنين وتملك منزلًا.

أنا، _____ ، أشهد بموجب هذه الوثيقة أنني أملك العقار الواقع
(اسم مقدم الطلب/ المستفيد)

في _____
(عنوان الشارع) (المدينة) (الولاية والرمز البريدي)

علاوة على ذلك، أشهد أن هذا العقار هو مكان إقامتي الرئيسي؛

أملك العقار المذكور أعلاه: (يرجى تحديد أحد الخيارات)

Jointly

Solely

Life Estate

Tenants in common

أفهم وأوافق على تحمل مسؤولية إبلاغ إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) (في غضون عشرة (10) أيام) بأي تغيير في ملكيتي لهذا العقار. أوافق أيضًا على إبلاغ إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) بأي تغيير في نيتي بالعودة للعيش في العقار المذكور أعلاه؛ لذلك، أبلغ عن التغييرات التالية: (اكتب أدناه لتوضيح التغييرات)

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



التحذير بشأن فرض عقوبة	
"بموجب عقوبات الحنث باليمين، أقسم أن نموذج التجديد هذا قد تم فحصه أو قراءته لي، وعلى حد علمي، فإن الحقائق صحيحة وكاملة. إذا كنت أتقدم بالطلب نيابة عن شخص آخر، أقسم أن هذا الطالب قد تم فحصه أو قراءته لمقدم الطلب، وعلى حد علمه/علمها، فإن الحقائق صحيحة وكاملة".	
	توقيع العميل أو الممثل المفوض التاريخ:
	توقيع الزوج/ الزوجة أو ولي الأمر التاريخ:
توقيع الشاهد من الإدارة التاريخ:	توقيع الولي/ الوصي/ الوكيل المفوض التاريخ:
()	رقم الهاتف

لمزيد من المعلومات، فَمَ بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



موافقتك على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية

يمكننا مساعدتك بشكل أفضل إذا تمكنا من العمل مع الوكالات والمتخصصين الآخرين الذين يعرفونك ويعرفون عائلتك. عند تحديد مربع "أوافق"، فإنك تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية الخاصة بك من مصادر متنوعة بولاية رود آيلاند واستخدامها ومشاركتها، ومن هذه المصادر ما يلي: إدارة العمل والتدريب بولاية رود آيلاند. إدارة الخدمات الإنسانية بولاية رود آيلاند. المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية بولاية رود آيلاند. إدارة الصحة بولاية رود آيلاند. وإدارة الإصلاحات ومؤسسة Experian نيابة عن مراكز خدمات Medicaid و Medicare (CMS) وإدارة الضمان الاجتماعي.

لن نرفض لك أي مزايا أو إمكانية الوصول لأي برنامج تكون مؤهلاً له لمجرد أنك لا تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية واستخدامها ومشاركتها. على الرغم من ذلك، لا يمكننا مساعدتك في الوصول إلى بعض البرامج ووسائل الدعم التي قد تكون مؤهلاً لها من دون موافقتك. موافقتك مطلوبة من أجل تحديد أهليتك.

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 تصرح بها من خلال تحديد مربع "أوافق" وفقاً لجميع القوانين واللوائح الفيدرالية وعلى مستوى الولاية التي تحمي خصوصيتك، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (قانون عام 104-191 المعروف باختصار (HIPAA)، وسرية الاتصالات والمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية بولاية رود آيلاند (قانون 5-37.3-1 R.I.G.L. وما يليه)، وقوانين 28-32-5 و RI.G.L. 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.

من خلال تحديد المربع الأول أدناه، فإنني بذلك أوافق على منح الوصول للمعلومات السرية الخاصة بي واستخدامها لتحديد أهليتي فيما يتعلق بالتسجيل في تغطية التأمين الصحي الممولة من القطاع العام أو غيرها من البرامج الممولة من القطاع العام والمُدارة من خلال هذا الموقع المعني بتنظيم المزايا والمدفوعات وتقديمها وتنسيقها.

أوافق على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية.

لا أوافق، وأدرك أن أهليتي للتسجيل في بعض البرامج ووسائل الدعم المعينة قد تتأثر بهذا القرار.

لمزيد من المعلومات، فَمُ بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



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 الثر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريه أو تموله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تطبق 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، أكمل نموذج شكوى التمييز الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> في أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (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، (2) الفاكس: (202) 690-7442، أو (3) البريد الإلكتروني: 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، بصيغته 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. 45 الجزء 80 و84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. 104 و106)، 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 الجنسي. 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 1-800-745-5555 (TTY): 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Services, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين 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، فم بزيارة الموقع الإلكتروني <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 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 nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث ذكر 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 في ما 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 بالتمييز، 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؛ الهاتف النصي (TTY) 711).

