



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE  
49 Dtwo St  
Smithfield, RI 02828

**Jinsi ya Kuwasiliana Nasi**

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

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 (1-855-697-434 7)

**Jimbo la Rhode Island**

**USASISHAJI WA MSAADA NA HUDUMA ZA KUDUMU ZA MPANGO WA MEDICAID**

**(Ustahiki wa Kushiriki katika Mpango wa Katie Beckett, Huduma za Nyumbani na Jamii kwa Wazee na Watu Wazima wenye Ulemavu, Vituo vya matunzo, BHDDH na PACE)**

**Pitia Rekodi ya Maelezo Yako Tuliyohifadhi**

Watu waliotajwa hapa chini watasasishwa kiotomatiki kushiriki katika mpango wa Medicaid

Jina la Mpango	Jina	Tarehe ya kusasishwa kwa manufaa ya sasa
Medicaid	[REDACTED]	07/01/2023

**Bima yangu ya afya ya Medicaid itasasishwaje?**

Fomu hii ina maelezo kuhusu familia yako tuliyotumia kubainisha ustahiki wako. Tafadhali soma fomu nzima ili uhakikishe maelezo hayo bado ni sahihi.

- **Ikiwa hakuna mabadiliko yoyote, USIFANYE CHOCHOTE:** Ikiwa maelezo yote yaliyo kwenye fomu hii ni sahihi, bima yako ya afya ya Medicaid itasasishwa kiotomatiki kwa mwaka mwingine. Tutakutumia barua nyingine ya kukujulisha kwamba bima yako ya afya ya Medicaid imesasishwa kabla ya tarehe ya usasishaji.
- **Ikiwa kuna mabadiliko, YARIPOTI:** Ikiwa unaripoti mabadiliko, tafadhali jaza na uwasilishe fomu hii ili uripoti 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 usasishaji.
- **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 usasishaji.

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



## Ni mabadiliko gani ninayohitaji kuripoti?

- **Mapato:** Tunahitaji kujua kuhusu mabadiliko yoyote katika mapato ya mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS na mke/mume au watu wowote wanaomtegemea wanaozingatiwa wakati wa kubainisha kiasi ambacho lazima kilipwe katika kugharamia huduma ya matibabu kila mwezi. Ikiwa usasishaji huu ni wa mtoto anayestahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett, tunahitaji tu kujua mapato ya mtoto huyo. Hakuna mchango unaohitajika katika kugharamia huduma ya matibabu.
- **Rasilimali:** Tunahitaji pia kujua ikiwa rasilimali za mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS zimeongezeka na/au ikiwa rasilimali zozote zinazomilikiwa na mpokeaji huyo wa msaada peke yake au pamoja na mtu mwingine zimeuzwa au kuhamishiwa kwa mtu mwingine.
- **Anwani na aina ya makazi:** Tueleze ikiwa mpokeaji wa manufaa ya LTSS 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.
- **Nia ya Mwenye Nyumba ya kurudi katika makazi yake ya msingi:** KWA WAKAZI WA KITUO CHA MATUNZO PEKEE: ikiwa una nyumba yako ambayo ni makazi yako ya msingi, tunachukulia kwamba una nia ya kurudi kuishi katika nyumba hii kwa wakati unaofaa baadaye, ikiwa kuna mabadiliko katika umiliki wako au nia ya kurudi katika makazi haya, tafadhali sasisha sehemu ya 5 hapa chini.
- **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 ya mpango wa LTSS ameaga dunia, amepewa talaka, ameo mtu mwingine au amehamia, amehama, au ameza nyumba AMBAYO haijahesabiwa kama rasilimali. Maelezo haya hayahitajiki kwa usasishaji wa mtoto anayestahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett.
- **Hali ya uhamiaji:** Lazima utueleze ikiwa hali ya uhamiaji ya mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS ambaye si raia na/au mfadhili imebadilika tangu tarehe ya kuomba mara ya kwanza au mara ya mwisho kusasishwa.

## Ninawezaje kuripoti mabadiliko yangu na kusasisha bima yangu ya Medicaid?

Kuna njia kadhaa za kuripoti mabadiliko. Tafadhali soma maelekezo yafuatayo kwa makini.

- **Barua:** Ikiwa utachagua kujibu kwa barua, tafadhali andika maelezo yaliyobadilika katika safuwima ya "Updated Information" (Maelezo Yaliyosasishwa) ya notisi hii. IKIWA HAKUNA MAELEZO YOYOTE YALIYOJAZWA MAPEMA NA UNARUDISHA FOMU HII, JAZA VISANDUKU VYA "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. Watoto wanaostahiki kushiriki katika mpango wa Katie Beckett wanapaswa kutuma fomu hiyo kwa DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **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 "User Account" (Akaunti yako ya Mtumiaji) kwenye <https://healthyrhode.ri.gov> na ufanye mabadiliko.

## Angalia Akaunti Yako Mtandaoni

Maelezo ya manufaa yako yanapatikana pia kwa kuingia katika akaunti yako kupitia <https://healthyrhode.ri.gov/>. Unaweza kufikia akaunti yako kwa kutumia jina la mtumiaji [REDACTED]. Ikiwa umesahau nenosiri lako, unaweza kulirejesha kwa kubofya "LOG IN" (INGIA) kisha ubofye "Forgot Username/Password?" (Umesahau Jina la Mtumiaji/Nenosiri) katika <https://healthyrhode.ri.gov/>. Kupitia akaunti yako, unaweza kuomba na kusasisha manufaa yako na kuripoti mabadiliko.

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



**Fomu ya Usasishaji wa LTSS**

**Maelekezo:** Tafadhali soma fomu hii kwa makini na ujaze maelezo yaliyobadilika kumhusu mpokeaji wa manufaa. Ikiwa unaripoti mabadiliko, hakikisha unawasilisha fomu nzima ya usasishaji, ikiwa ni pamoja na ukurasa huu.

Maelezo ya Mawasiliano ya Mpokeaji wa Manufaa

	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Anwani Kuu na Uhusiano na Mpokeaji wa Manufaa	██████████	
Anwani ya Barua	██████████ FL 34747	
	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Anwani ya Mahali Ambapo Mpokeaji wa Manufaa ya Mpango wa TSS Anaishi kwa sasa	██████████ FL 34747	
	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
Nambari ya Simu	██████████	
Anwani ya barua pepe		
Jina la Mwakilishi Aliyeidhinishwa	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	██████████	

**1. Mapato:**

Tangu mpokeaji wa manufaa alipotuma ombi kwa mara ya kwanza au aliposasisiwa mara ya mwisho, je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika mapato? Tunahitaji kujua kuhusu mabadiliko yoyote katika mapato ya mpokeaji wa manufaa. Tunahitaji pia kujua majina na mapato ya mke/mume yeyote na watu wanaomtegemea ambao ni lazima tuwazingatie wakati wa kubainisha kiasi ambacho mpokeaji wa manufaa ya LTSS lazima alipe katika gharama ya huduma.

Ikiwa visanduku havijajazwa, tafadhali toa maelezo yanayotakikana.

Ikiwa visanduku vimejazwa mapema, futa maelezo ambayo si sahihi na uweke maelezo sahihi kwenye safu mlalo ambazo hazijajazwa hapa chini. Weka majina na mapato ya watu wowote wavya wanaokutegemea.

Tuma uthibitisho wa kiasi kipya au kilichorekebishwa cha mapato pamoja na fomu hii.

**KUMBUKA: Kwa watoto wanaostahiki kupokea msaada wa Katie Beckett, tafadhali weka mapato ya mtoto pekee.**

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya kuripoti katika mapato

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



Jina	NAMBARI YA KUPOKEA MSAADA WA SERIKALI (SSN)	Tarehe ya Kuzaliwa	Uhusiano na Mpokeaji wa Manufaa ya LTSS	Mapato/Aina
██████████	XXX-XX-██████████	██████████	Self	\$ 582.56/ Employment

**2. Rasilimali**

Tangu mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS alipoomba mara ya kwanza au aliposasishwa mara ya mwisho, je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika rasilimali zinazomilikiwa na mpokeaji wa manufaa, ikiwa ni pamoja na ongezeko au punguo lolote? Ikiwa mpokeaji wa manufaa ya LTSS ana rasilimali zozote mpya au zilizobadilika (zilizouzwa au kuhamishwa), tafadhali zitaje hapa chini katika ya sehemu ya “maelezo ya sasa”. Ikiwa fomu imejazwa mapema, futa maelezo ambayo si sahihi na uweke maelezo sahihi yaliyosasishwa kwenye visanduku vya upande wa kulia.

**KUMBUKA:** RASILIMALI ZINAJUMUISHA PESA TASLIMU, AKIBA NA AKAUNTI ZA MALIPO, VYETI VYA AMANA, HISA, DHAMANA, AKAUNTI ZA ABLE, MFUKO WA DHAMANA, UMILIKI WA BIASHARA, NK.

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya kuripoti katika rasilimali.

Jina la mmiliki	Rasilimali	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	Gari/Magari	-	
	Malipo/Akiba	-	
	Hisa/dhamana	-	
	Vyeti vya Amana	-	
	Akaunti za Soko la Pesa	-	
	Umiliki wa Biashara	-	
	Malipo ya mwaka	-	
	IRA, 401K, 403B, Akaunti za Keogh	-	
	Akaunti au Mikataba ya Mazishi	-	
	Nyingine	-	

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



**2a. Amana**

Ikiwa mpokeaji wa manufaa ya mpango wa LTSS au mtu anayemwakilisha mpokeaji wa manufaa alianzisha au kuhamisha kitu chochote cha thamani kama vile urithi, mali, fidia ya bima, mgawo wa IRA, mkataba wa mazishi, biashara ya hisa, fedha za amana, mkataba wa malipo ya mapato ya bima, akaunti ya udalali, fidia ya bima au kitu kama hicho katika ushirika ndani ya kipindi cha miezi sitini (60) iliyopita, jaza visanduku vilivyo hapa chini na utume uthibitisho.

Chagua ikiwa HAKUNA shughuli za udhamini za kuripoti.

Eleza kipengee	Tarehe ya Kitendo	Thamani/Kiasi cha kipengee kilichowekwa katika Ushirika

**3. Mali isiyohamishika, ikiwa ni pamoja na nyumba ya Mpokeaji wa Manufaa ya LTSS**

Je, kumekuwa na mabadiliko yoyote katika riba ya umiliki ya mpokeaji wa manufaa katika mali isiyohamishika/nyumba (kama vile nyumba au ardhi) tangu wakati wa kuomba mara ya kwanza au mara ya mwisho kusasishwa? Jaza sehemu ambazo hazijajazwa au rekebisha maelezo yoyote yasiyo sahihi kwenye visanduku vilivyo hapa chini na ututumie hati za kuthibitisha mabadiliko yanayohusiana na mauzo, uhamishaji na mapato.

HAKUNA mabadiliko ya Mali Isiyohamishika/nyumba ya kuripoti.

Mali Isiyohamishika na Mali Nyingine		
1. Makazi Makuu	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Wake/Waume/Watu wanaokutegemea wanaoishi nyumbani	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Mapato kutoka Mali - kukodisha au ukodishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	
Tarehe ya Mauzo/Uhamishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasishwa
	-	

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



2. Mali/Makazi Mengine (anwani)	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Thamani ya Mali - Bila kujumuisha umiliki, madeni na mikopo yoyote	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Mapato kutoka Mali - kukodisha au ukodishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	
Tarehe ya Mauzo/Uhamishaji	Maelezo ya Sasa	Maelezo Yaliyosasisiwa
	-	

#### 4. Bima ya Afya

Toa maelezo kamili na yaliyosasisiwa kuhusu aina zote za bima ya afya zinazotoa bima kwa mpokeaji wa manufaa kwa kujaza sehemu ambazo hazijajazwa au kwa kurekebisha maelezo yaliyojazwa mapema kwenye visanduku ambavyo havijajazwa katika safu mlao iliyo hapa chini. Weka bima ya afya ya mwajiri, mstaafu na bima nyingine za kibinafsi; bima ya meno, macho na bima nyingine za ziada; na bima ya Medicare, Tricare na bima nyingine kama hizo za serikali.

Tafadhali tuma nakala za upande wa mbele na nyuma za kadi zote mpya na zilizosasisiwa za bima ya afya za bima hizi.

Chagua ikiwa HAKUNA mabadiliko ya bima ya afya ya kuripoti

Bima ya Afya	Jina la Mmiliki wa Bima	Nambari ya Bima	Malipo ya Bima ya Kila Mwezi

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



**Sehemu ya 5: KWA WAKAZI WA KITUO CHA MATUNZO PEKEE**

**NIA YA KURUDI KATIKA MAKAZI MAKUU**

**Jaza TU ikiwa kwa sasa unaishi katika kituo cha matunzo na una nyumba yako.**

Mimi, \_\_\_\_\_, ninathibitisha kwamba ninamiliki nyumba inayopatikana  
(Jina la Mwombaji/Mpokeaji wa Manufaa)

katika \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Anwani ya Mtaa) (Jiji) (Jimbo na Msimbo wa Eneo)

Pia, ninathibitisha kwamba nyumba hii ni makazi yangu makuu;

Ninamiliki nyumba iliyotajwa hapo juu: (Tafadhali Chagua Moja)

Solely

Jointly

Tenants in common

LifeEstate

Ninaelewa na ninakubali kwamba ni jukumu langu kujulisha DHS (ndani ya kipindi cha siku kumi (10)) kuhusu mabadiliko yoyote katika umiliki wangu wa nyumba hii. Ninakubali pia kujulisha DHS kuhusu mabadiliko yoyote katika nia yangu ya kurudi kuishi katika nyumba iliyotajwa hapo juu; kwa hivyo, ninaripoti mabadiliko yafuatayo: (andika hapa chini ili ubainishe mabadiliko hayo)

---

---

---

---

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



<p>ONYO LA ADHABU</p> <p>“Chini ya adhabu za kusema uongo, ninaapa kwamba fomu hii ya usasis haji imechunguzwa na au nimesomewa, na, kadri ya ufahamu wangu, maelezo hayo ni ya kweli na kamili. Ikiwa ninatuma ombi kwa niaba ya mtu mwingine, ninaapa kwamba ombi hili limechunguzwa na au kusomewa mwombaji, na, kadri ya ufahamu wake, maelezo hayo ni ya kweli na kamili.”</p>		
<p>Saini ya Mteja au Mwakilishi Aliyeidhinishwa Tarehe:</p>		
<p>Saini ya Mke/Mume au mzazi Tarehe:</p>		
<p>Saini ya Mlezi/Mlinzi/Mwenye mamlaka ya uwakili Tarehe:</p>		<p>Saini ya Shahidi wa Idara Tarehe:</p>
<p>Nambari ya Simu</p>		<p>(     )</p>

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





IDHINI YAKO YA KUSHIRIKI DATA KWA AJILI YA KUFANYA MAAMUZI YA USTAHIKI

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 R.I. Idara ya Kazi na Mafunzo (Department of Labor and Training), RI. Idara ya Huduma za Binadamu, RI. Ofisi Kuu ya Afya na Huduma za Binadamu, RI. Idara ya Afya (Department of Health), RI. Idara ya Marekebisho (Department of Corrections), na Experian kwa niaba ya Kituo cha Huduma za Medicaid na Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) na Mamlaka ya Usimamizi wa Ustawi wa Jamii (Social Security Administration).

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, bila idhini yako, hatuwezi kukusaidia kufikia mipango na huduma fulani ambazo huenda unastahiki. Idhini yako inahitajika ili kubainisha ustahiki wako.

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 inayojulikana kama HIPAA); RI. 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.); RI.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 kujiandikisha katika bima ya afya inayofadhiliwa na serikali au mipango mingine inayofadhiliwa na serikali inayotolewa kupitia kituo hiki, ili kupanga, 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>



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, utaiifa, 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 wanahitaji njia mbadala za mawasiliano ya kupata habari kuhusu mpango (k.m Brell, 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 mkopeshaji asiyebugua 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, EOHS) na Idara ya Huduma za Binadamu, hazibagui kwa msingi wa asili, rangi, utaiifa, 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, EOHS 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 utifu wa haki za raia kwa mipango yote ya shirika. Katibu wa EOHS 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>



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 ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ 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 ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dɔ̀ po-poò béin m̩ 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: 711 TTY).

**Notisi ya Kupinga Ubaguzi**

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, utafa, 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 kupitia 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; TTY 711).

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

