

التاريخ : 04/01/2023  
رقم الحالة : 501090014  
رقم المستند : 16407415



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



كيفية التواصل معنا

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

HSGDIHRFP XRBVZZLVS  
31 Vjzb St, 19 GPSG st  
Cumberland, RI 02864

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

ولاية رود آيلاند

### تجديد برنامج دفع أقساط (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP) MEDICARE

راجع المعلومات المتوفرة لدينا في ملفك

ستتجدد تغطية دفع أقساط Medicaid للأشخاص المذكورين أدناه تلقائيًا

تاريخ تجديد الميزة الحالية	الاسم	اسم البرنامج
06/01/2023	HSGDIHRFP XRBVZZLVS	دفع أقساط Medicare

### كيف يمكنني تجديد تغطية دفع أقساط (MEDICARE PREMIUM PAYMENT, MPP) MEDICARE؟

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 كما هي، فإن تغطية برنامج (MPP) الخاصة بك سيتم تجديدها تلقائيًا لمدة عام آخر. سنرسل إليك خطابًا آخر لإعلامك باستمرار تغطية برنامج (MPP) الخاصة بك قبل تاريخ التجديد.
- إذا وجدت تغييرات، **فأبلغ عنها**: إذا أبلغت عن أي تغييرات، فسنراجع المعلومات التي تزودنا بها ونقرر إذا كنت مؤهلاً لتجديد تغطية برنامج (MPP) 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 برنامج (MPP) الخاصة بك أم لا. سنرسل إليك خطابًا آخر لإعلامك بقرارنا أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات قبل تاريخ التجديد.

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



## ما التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها؟

- **الدخل:** أي تغييرات تطرأ على دخل المستفيد من برنامج (MPP) وأي زوج(ة) أو مُعالين يتم أخذها في الاعتبار عند تحديد الأهلية.
- **الموارد:** أي تغييرات تطرأ على موارد المستفيد من برنامج (MPP) والزوج(ة) // المُعالين في أسرة المستفيد.
- **العنوان وترتيبات المعيشة:** في حالة أن المستفيد من برنامج (MPP) والزوج(ة) // المُعالين قد انتقلوا من سكنهم أو غَيَّرُوا عناوينهم، أو انضموا إلى دار رعاية دائمة أو دار رعاية مسنين أو منزل جماعي، أو غادروا أيًا منها، أو إذا كانوا يرتبون للانتقال إلى منزل معيشة مشتركة.
- **الظروف العائلية والأسرية:** إذا كان الزوج(ة) أو أحد المُعالين للمستفيد من برنامج (MPP) قد مات، أو تلقى وثيقة الطلاق، أو تزوج من شخص آخر، أو انتقل إلى منزل آخر أو خرج منه أو باع منزلاً لا يتم اعتباره مورداً.

## كيف يمكنني الإبلاغ عن التغييرات؟

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

- **البريد:** إذا اخترت الرد عبر البريد، يرجى كتابة المعلومات التي تغيرت في عمود "المعلومات المحدثة" في هذا الإشعار. إذا لم تكن هناك معلومات مطبوعة مسبقاً وقمت بإرجاع هذا النموذج، فاملأ المربعات باستخدام "المعلومات الحالية". يرجى التأكد من التوقيع على النموذج وكتابة التاريخ. يمكن إرسال النموذج بالبريد إلى العنوان الموجود أعلى هذا الإشعار.
- **التسليم إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (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، قُم بزيارة الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) أو اتصل بالرقم 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- **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 **joyce1949**. 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، قُم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## نموذج تجديد برنامج (MPP)

الإرشادات: يرجى قراءة هذا النموذج 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	
	HSGDIHRFP XRBVZZLVS Self	جهة الاتصال الأساسية وصلة القرابة بالمستفيد
	-	العنوان البريدي
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
	-	العنوان الذي يعيش فيه المستفيد من برنامج (MPP) الآن
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
	593-461-4349	رقم الهاتف
	TUGNVHQB@gmail.com	البريد الإلكتروني
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	
		اسم الممثل المفوض

## 1. الدخول:

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد بطلب أو منذ آخر تجديده، هل طرأت أي تغييرات على الدخول؟ نحتاج إلى معرفة أي تغييرات في دخل المستفيد والأسماء والدخل لأي زوج أو زوجة/معالين التي يجب أن نأخذها في الاعتبار عند تحديد الأهلية.

إذا كانت المربعات فارغة، يرجى إدخال هذه المعلومات.

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

أرسل إثباتاً لمبالغ الدخل الجديدة أو المصححة مع هذا النموذج.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الدخل للإبلاغ عنها

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



الاسم	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بالمستفيد	الدخل/ النوع
HSGDIHRFP XRBVZZLVS	XXX-XX-2444	08/11/1949	Self	\$ 998.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)
HSGDIHRFP XRBVZZLVS	XXX-XX-2444	08/11/1949	Self	\$ 257.30/ Employment

**2. الموارد**

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد من برنامج (MPP) يطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الموارد التي يمتلكها المستفيد وزوجه(زوجته)، بما يشمل أي زيادة أو نقصان؟ إذا تغيرت موارد المستفيد من برنامج (MPP)، يرجى إدراجها أدناه في عمود "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 ABLE، والصناديق الاستثمارية، وملكية الأعمال التجارية، وما إلى ذلك.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الموارد للإبلاغ عنها

اسم المالك	الموارد	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	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>



## 2. صناديق الائتمان

إذا قام المستفيد من برنامج (MPP) 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. تغطية التأمين الصحي

قدم معلومات كاملة وحديثة عن جميع النماذج المتعلقة بالتأمين 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.

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

التأمين الصحي	اسم صاحب وثيقة التأمين	رقم وثيقة التأمين	قسط التأمين الشهري
MEDICARE CLAIMS DEPT._2	HSGDIHRFP XRBVZZLVS	-	\$ 0.00

لمزيد من المعلومات، فم بزيارة 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 الطلب قد تم فحصه أو قراءته لمقدم الطلب، وعلى حد علمه/علمها، فإن الحقائق صحيحة وكاملة".

أدرك أنه يمكنني الاطلاع على منشور DHS Publication 1010، بعنوان "أشياء مهمة حول البرامج والخدمات" على الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov). يشير توقيعي أدناه إلى أنني قرأت أو فُرننت لي الحقوق والمسؤوليات المرفقة بهذا النموذج. تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أشهد بأن جميع إجاباتي الواردة ضمن هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي، ومنها المعلومات المتعلقة بوضع المواطنة والهجرة وهوية الأطفال الفُصّر الوارد ذكرهم في هذا النموذج. أدرك أنني أخالف القانون إذا قدمت معلومات خطأ عمدًا ويجوز معاقبتي بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو كليهما.

توقيع 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، فَم 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. من خلال تحديد مربع "I Agree" (أوافق)، فإنك تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية الخاصة بك من مصادر متنوعة، بما يشمل إدارة العمل والتدريب في رود آيلاند (R.I. Department of Labor and Training, DLT) وإدارة الخدمات الإنسانية في رود آيلاند (Department of Human Services, DHS) والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في رود آيلاند (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الصحة في رود آيلاند (Department of Health, DOH) وإدارة الإصلاحات في رود آيلاند (R.I. Department of Corrections, RIDOC) ومؤسسة Experian نياية عن مراكز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) وإدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration, SSA)، واستخدامها ومشاركتها.

لن نرفض لك أي مزايا أو إمكانية الوصول لأي برنامج تكون مؤهلاً له لمجرد أنك لا تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية واستخدامها ومشاركتها. 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 تأذن بها من خلال تحديد مربع "I Agree" (أوافق) وفقاً لجميع القوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولاية ذات الصلة التي تحمي خصوصيتك، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (قانون عام 191-104، معروف باختصار HIPAA)، وسرية الاتصالات والمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية بولاية R.I. (R.I.G.L. 5-37.3-1) وما يليه، والقوانين العامة بولاية R.I. أرقام 28-32-5 و 28-36-12 و 28-42-38 و 28-39-19 و 28-39-22 و 40.1-5-26 و 23-3-23 و 42-12-22 و 40-6-12، وجميع القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها. ستتم مشاركة المعلومات عن طريق نقل البيانات الحاسوبية.

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، فَم 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 الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، أكمل نموذج شكوى التمييز الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، (USDA)، 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 الشكاوى، 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](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض.

وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (42 U.S.C. 2000d) وما يليه، والبند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، 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. 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 آيلاند، اتصل بالرقم 1-7-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Services, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة بـ Medicaid وسيتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقاً لذلك.

لمزيد من المعلومات، فَم 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 ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuɖu kà kò dọ 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 462-2971 (401) (يمكن للصم/ضعاف السمع الاتصال بالرقم 1-800-745-6575 للخدمة الصوتية؛ الهاتف النصي (TTY) 711).

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

