

التاريخ : 04/01/2023  
رقم الحالة : 501006277  
رقم المستند : 22436729



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



MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

كيفية التواصل معنا  
عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

لأسئلة 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

ولاية رود آيلاند

### تجديد برنامج دفع أقساط (MPP) برنامج دفع أقساط (MPP) (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM)

الإجراء المطلوب: راجع المعلومات المتوفرة لدينا في ملفك

يجب علينا كل عام مراجعة حالتك لمعرفة ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج دفع أقساط Medicare (Medicare Premium Payment, MPP) أم لا. نحن نقرر ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً استناداً إلى المعلومات التي قدمتها لنا أم لا. ونتحقق بعد ذلك من هذه المعلومات باستخدام أدوات التحقق الإلكترونية. لم نتمكن من تحديد إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك لا تزالان مؤهلين للتسجيل في تغطية برنامج (MPP) استناداً إلى عمليات التحقق الخارجية والمعلومات التي قدمتها لنا. لمواصلة الحفاظ على أهليتك للتسجيل في برنامج (MPP) وعدم فقدان التغطية، يرجى مراجعة هذا الإشعار بأكمله، وتحديث المعلومات إن أمكن، والتوقيع على نموذج التجديد وإعادة قبل التاريخ المذكور أدناه. إذا لم تقدم نموذج تجديد موقفاً قبل التاريخ المذكور أدناه، فسيتم النظام أهليتك للحصول على خيارات تغطية برنامج (MPP) وسيحددها وفقاً لذلك.

اسم البرنامج	الاسم	التاريخ المقرر لانتهاء المزايا الحالية
Medicare Premium Payments	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

يرجى إرسال الوثيقة (الوثائق) التالية ونموذج تجديد موقفاً بحلول التاريخ (التواريخ) المذكور أدناه. لتجنب فقدان مزايا برنامج (MPP) الخاصة بك، يرجى تقديم المستندات المطلوبة مع نموذج تجديد موقع ومكتمل

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

الاسم	نحتاج إلى معلومات حول:	المعلومات الواجب تقديمها بواسطة:	أمثلة الإثبات (الإثباتات) المقبول (يرجى إعادة نسخة واحدة مما يلي):
MEDICAID RECIPIENT	الدخل غير المكتسب (بما يشمل التأمين ضد العجز المؤقت أو التأمين المتعلق بالتقاعد أو الأشخاص الناجين أو التأمين ضد الإعاقة)	05/01/2023	كعب (كعوب) الشيك الأخير خطاب أو مستند من الشخص/ الوكالة المسؤولة عن عملية الدفع سجلات المحاكم أو مستند قانوني آخر سجلات المحامي رسالة من القبيلة بيان من الجهة المُقرضة كشف حساب بنكي أو بيان مالي آخر خطاب تخصيص المنح AP-91 عقد القرض أمر المحكمة المتعلق برعاية الطفل بيان ولي الأمر الذي يقدم الرعاية اتفاقية الدعم

يجب إعادة هذا النموذج قبل 05/01/2023. إذا لم نلقَ هذا النموذج موقِعًا قبل ذلك التاريخ، فلن نُجَدِّد أهليتك برنامج (MPP) وستفقد مزايا التغطية في 05/01/2023.

#### 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 غيَّروا 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 توفي، 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، فم زيارة الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) أو اتصل بالرقم 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **عبر الإنترنت:** يمكنك أيضاً الانتقال إلى "User Account" (حساب المستخدم) الخاص بك على <https://healthyrhode.ri.gov> وإجراء التغييرات.

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



اطلع على حسابك عبر الإنترنت

تتوفر أيضًا 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، قُم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## نموذج تجديد برنامج (MPP)

الإرشادات: يرجى قراءة هذا النموذج بعناية وكتابة المعلومات المتغيرة عن المستفيد. يرجى التأكد من التوقيع على نموذج التجديد وإعادته كاملاً، بما يشمل هذه الصفحة، حتى إذا لم تكن لديك أي تغييرات للإبلاغ عنها.

## معلومات الاتصال للمستفيد

المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	Self	جهة الاتصال الأساسية وصلة القرابة بالمستفيد
	1, Pawtucket, RI 02860	العنوان البريدي
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	et, RI 02860	العنوان الذي يعيش فيه المستفيد من برنامج (MPP) الآن
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	774	رقم الهاتف
	@gmail.com	البريد الإلكتروني
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
		اسم الممثل المُفوض

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 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 وأدخل 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 تطرأ أي تغييرات على الدخل للإبلاغ عنها.



الاسم	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	تاريخ الميلاد	صلة القرابة بالمستفيد	الدخل / النوع
			Self	\$ 977.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

## 2. الموارد

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد من برنامج (MPP) بطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الموارد التي يمتلكها المستفيد وزوجته (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 المتاحة، وحسابات التوفير والحسابات الجارية، وشهادات الإيداع، والأسهم، والسندات، وحسابات (ABLE)، وصناديق الائتمان، 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)	-	
	غير ذلك	-	

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



## 12. 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 استثنائية للإبلاغ عنها

وصف العنصر	تاريخ العمل	قيمة/ مبلغ العنصر الموضوع في صندوق الائتمان

## 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

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



<u>التحذير بشأن فرض عقوبة</u>	
"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 <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a> . يشير توقيعني أدناه إلى أنني قرأت أو قرنت 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 القُصّر 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 الولي/ الوصي/ الوكيل المفوض التاريخ:
	توقيع الشاهد من الإدارة التاريخ:
	رقم الهاتف
	( )

لمزيد من المعلومات، قُم 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 نحجب عنك أي مزايا أو نعوق وصولك إلى أي برامج تكون مؤهلاً للتسجيل فيها بمجرد أنك لا تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية واستخدامها ومشاركتها. وعلى الرغم من ذلك، فلا يمكننا مساعدتك على 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 وشراؤها من دون إكمال هذه الموافقة عن طريق التواصل مع مركز الاتصال الخاص بنا على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI، ولكن إذا رغبت في معرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على أي مساعدات مالية لشراء التغطية، وإذا كنت مؤهلاً للتسجيل في برنامج Medicaid، فسيكون من الضروري بالنسبة إليك 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)، وسرية الاتصالات والمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية بولاية رود آيلاند (قانون 1-37.3-5 R.I.G.L. وما يليه)، وقوانين 5-32-28 و 12-36-28 و 38-42-28 و 19-39-28 و 22-39-28 و 26-5-40 و 23-3-23 و 22-12-42 و 12-6-40، وجميع القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها. ستتم مشاركة المعلومات عن طريق نقل البيانات الحاسوبية.

عند تحديد أول مربع أدناه، أوافق على الحصول على المعلومات السرية الخاصة بي واستخدامها لتحديد أهليتي للتسجيل في برنامج تغطية التأمين الصحي الممول من القطاع العام أو غيره من البرامج الممولة من القطاع العام والمُدارة من خلال هذا الموقع، ومن ثم التخطيط للمزايا والمدفوعات وتقديمها وتنسيقها.

أوافق على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية

لا أوافق وأدرك أن أهليتي للتسجيل في بعض البرامج ستتأثر بهذا القرار



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 التآثر 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 للجزاءات 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 الترجمة 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 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، 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 الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل شكاوى التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمة باستخدام خدمة الترجمة 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، قم 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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, 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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, 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 dè nà ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuḍu kà kò dọ po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

### إشعار عدم التمييز

لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية أو العمر أو الدين أو النوع الجنساني عند قبول الخدمات أو التوظيف أو العلاج أو التقديم على أي منها 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 الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنسي. للحصول على المزيد من المعلومات حول هذه القوانين واللوائح الخاصة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل الشكاوى المتعلقة بممارسات التمييز، تواصل مع إدارة 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، وخدمة الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711).

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

