

05/13/2023

ME

التاريخ:

رقم الحساب:

نوع الإشعار:



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

82 Hpkj St

Pawtucket, RI 02860

كيفية التواصل معنا

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

للاستئذنة حول التغطية الصحية بأسعار معقولة، اتصل بـ
HealthSource RI على الرقم 1-855-840-4774

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

إشعار قرار المزايا

يوضح لك هذا الإشعار مزايا برنامج الخدمات الصحية والإنسانية الخاص بك. وتخبرك هذه الصفحة بقرارنا بشأن المزايا التي تحصل عليها. ستجد المزيد من التفاصيل في الصفحات التالية. إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بنا.

ملخص المزايا

القرار

البرنامج

تم تجديد تغطيتك الصحية.

التغطية الصحية

في حالة عدم موافقتك على هذا القرار، فإنه يمكنك طلب عقد جلسة استماع للطعن. يوجد المزيد من المعلومات حول عملية الطعن في نهاية هذا الإشعار.

عرض حسابك عبر الإنترنت أو عبر تطبيق الهاتف المحمول

تتوفر أيضًا معلومات عن المزايا الخاصة بك عن طريق تسجيل الدخول لحسابك على الموقع الإلكتروني <https://healthvrhode.ri.gov> أو عن طريق تنزيل تطبيق HealthyRhode للهاتف المحمول على هاتفك الذكي.

يمكنك الوصول إلى حسابك باستخدام اسم المستخدم [REDACTED]. 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>. يمكنك من خلال حسابك التقدم بطلب للحصول على المزايا الخاصة بك وتجديدها والإبلاغ عن التغييرات.



تفاصيل مزايا التغطية الصحية الخاصة بك

استنادًا إلى المعلومات الموجودة لدينا في السجل، أو المعلومات التي تلقيناها منك، أو من مصدر خارجي، اعتبارًا من 05/13/2023، فقد حدث تغيير في أهليتك للحصول على التغطية الصحية. راجع التفاصيل أدناه.

اسم الفرد:	Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	تاريخ الميلاد: 12/1978
------------	----------------------------------	------------------------

فترة السريان/ تاريخ (تواريخ) السريان	نوع المساعدة أو التغطية	القرار والمعلومات الإضافية
06/01/2023 to 05/31/2024	MAGI Medicaid	Approved

حد الدخل السنوي للأسرة المعيشية التي تكون بحجم أسرتك المعيشية هو:

البالغين من دون أطفال:	\$20,120.40
أولياء الأمور:	\$20,557.80
الأطفال:	\$38,782.80
المرأة الحامل:	\$37,616.40

معلومات حول مُعرّف Medicaid الخاص بك:

مُعرّف Medicaid الخاص بك هو رقم تعريف فريد مخصص لك، يمكنك رؤيته على بطاقة Medicaid Anchor البيضاء الخاصة بك ومن خلال حسابك عبر الإنترنت، سترسل بطاقة Medicaid Anchor البيضاء عبر البريد إلى كل الأشخاص المؤهلين في أسرتك المعيشية. عليك إظهار بطاقة Medicaid Anchor البيضاء الخاصة بك وأي بطاقات تأمين صحي أخرى إلى جميع مزودي الرعاية الصحية عندما تتلقى الخدمات، حيث تمثل بطاقة Medicaid Anchor البيضاء وسيلة دائمة لتحديد أهلية الحصول على برنامج Medicaid، لذلك عليك الاحتفاظ بهذه البطاقة في مكان آمن.

تفاصيل التغطية الصحية لبرنامج Medicaid فيما يتعلق بما يلي:

Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

Medicaid: التجديد السنوي

يرجى الاطلاع أدناه لمعرفة تاريخ (تواريخ) التجديد لأفراد أسرتك المعيشية:

اسم الفرد	تاريخ التجديد
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	05/31/2024

يتم تجديد الأهلية سنويًا. سنتواصل معك بشأن أهلية أفراد أسرتك المعيشية قبل مرور 60 يومًا على الأقل من تاريخ التجديد السنوي.

تم تجديد تغطية Medicaid لأفراد أسرتك المعيشية المذكورين أعلاه.

تبين أن أفراد أسرتك المعيشية المذكورين أعلاه مؤهلون للحصول على برنامج Medicaid اعتبارًا من 06/01/2023.



التسجيل في خطة Medicaid الصحية:

1. الجدول الزمني للتسجيل

إذا لم تختَر إحدى خطط Medicaid الصحية، فأمامك 19 يومًا من تاريخ بدء أهليتك لاختيار خطة.

2. كيف أختار خطة صحية؟

إذا لم تختَر إحدى خطط Medicaid الصحية، يرجى تسجيل الدخول إلى حسابك على HealthSource RI ثم زيارة "Dashboard" (لوحة التحكم) الخاصة بك لمعرفة الخطوات التالية، أو يمكنك الاتصال هاتفياً بالرقم 1-855-840-4774 لاختيار خطة.

عند اختيار خطتك الصحية، ينبغي إدراج أسماء مزوّدي رعايتك الصحية الحاليين، للتأكد من موافقتهم على الخطة الصحية التي يقع اختيارك عليها.

3. هل تحتاج إلى مساعدة بشأن اختيار خطة؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن اختيار خطة صحية، فإنه يمكنك الاتصال هاتفياً بمستشار الاختيار على الرقم 1-855-840-4774. وفي حال لم تحدّد خطة في غضون 19 يومًا، فلن تتمكن من اختيار خطة، وسيتم اختيار خطة نيابة عنك.

4. إخبارنا بهوية طبيب الرعاية الأولية المتابع لحالتك

بعد اختيار إحدى الخطط الصحية، سيُطلب منك أيضًا اختيار أحد مزوّدي الرعاية الأولية. إذا لم تختَر أحد مزوّدي الرعاية الأولية في هذا الوقت، فسيتم اختيار مزود رعاية أولية نيابة عنك.

5. بعد اختيارك إحدى الخطط الصحية

ستتلقى حزمة ترحيبية وبطاقات مُعرّف من خطتك الجديدة. إذا كنت تحتاج إلى خدمات قبل تلقي بطاقات المُعرّف من خطتك الصحية، فإنه يمكنك استخدام بطاقة Medicaid Anchor الخاصة بك، حيث ينبغي استخدام بطاقة Medicaid Anchor حتى بدء تغطية خطتك الصحية.

6. الوسائل المتاحة لاختيار الخطة:

يمكنك اختيار خطة والتسجيل بها:

عبر الإنترنت. فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthvrhode.ri.gov>

عبر الهاتف. اتصل هاتفياً على الرقم 1-855-840-4774

حد الدخل السنوي للأسرة المعيشية التي تكون بحجم أسرتك المعيشية هو:

\$20,120.40	البالغين من دون أطفال:
\$20,557.80	أولياء الأمور:
\$38,782.80	الأطفال:
\$37,616.40	المرأة الحامل:



ماذا سيحدث لو لم أوافق على القرار المتعلق بالتغطية الصحية الخاصة بي؟

توجد مواعيد نهائية لتقديم طعن، لذا يجب عليك اتخاذ إجراء على وجه السرعة. يمكنك الطعن في قراراتنا بشأن التغطية الصحية الخاصة بك. على سبيل المثال، يمكنك الطعن إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ بشأن حجم أسرتك المعيشية أو دخلك أو نوع التغطية أو المبلغ الذي يتعين عليك دفعه، إن وجد. يمكنك أيضاً الطعن بشأن الخدمات الصحية التي تحصل عليها. الطعن هو مجرد وسيلة لطلب مراجعة أخرى لأي قرارات نتخذها تؤثر في أهليتك أو المزايا أو كليهما اللتين تحصل عليهما من خلال جلسة استماع إدارية عادلة. يتوفر مزيد من المعلومات حول الطعون وجلسات الاستماع لاحقاً في هذا الإشعار.



متطلبات الإبلاغ عن التغييرات

يجب عليك الإبلاغ عن أي من التغييرات التالية التي قد تؤثر في الأهلية والتسجيل لأي شخص في أسرتك المعيشية في غضون 10 أيام من تاريخ التغيير:

- عنوان السكن؛ أو
- العنوان البريدي؛ أو
- الدخل؛ أو
- الحالة الاجتماعية؛ أو
- الأشخاص الذين ينتقلون إلى منزلك أو خارجه، أو المسجلين في وحدة تقديم الضرائب الخاصة بك؛ أو
- حالة الحمل لأي شخص في الأسرة المعيشية؛ أو
- السجن أو الوضع المؤسسي؛ أو
- الوصول إلى تغطية تأمين صحي أخرى بما يشمل الأهلية لبرنامج Medicare أو الوصول إلى التأمين من خلال وظيفتك أو من خلال وظيفة أحد أفراد الأسرة؛ أو
- وضع الهجرة والمواطنة؛ أو
- الميلاد، أو التبني، أو الإيداع للتبني، أو الزواج، أو الطلاق، أو الوفاة؛ أو
- حالة إيداع ضريبة الدخل الفيدرالية؛ أو
- عدد المعالين الخاضعين للضرائب للمطالبين بـ الضرائب الدخل الفيدرالية.

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 تجريه أو تموله 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، يرجى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> وفي 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 بوصفها صاحب عمل ومقرض.

وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (U.S.C. 2000d 42 وما يليه)، والبند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، بصيغته المعدلة (U.S.C. 794 29)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (U.S.C. 12101 42 وما يليه)، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (U.S.C. 1681 20 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. الجزءان 80 و 84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. الجزءان 104 و 106)، ووزارة الزراعة والغذاء وخدمات التغذية الأمريكية (272.67 C.F.R.)؛ لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (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 Bldg. 57, Cranston, RI 02920، Howard Ave، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمات باستخدام خدمة الترحيل برود أيلاند، اتصل بالرقم 7-1-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، خدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Service, 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.



حقوقك**معلومات حول التغطية والحقوق الخاصة بك:**

لديك الحق، إذا كنت مؤهلاً، في طلب الحصول على مزايا مالية أو مزايا برنامج Medicaid أو برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) استنادًا إلى السياسات والمعايير الموضوعية بموجب قوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية.

قد يكون لديك الحق في الطعن والحصول على جلسة استماع إدارية عادلة (Administrative Fair Hearing) إذا كنت لا توافق على قراراتنا. يجوز لك:

1. الاتصال بنا لمناقشة القرار الخاص بالمزايا. اتصل بنا على رقم الهاتف الموجود أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. تأكد من وجود هذا الإشعار ورقم الحالة/ الهوية في متناول يدك عند الاتصال.
2. الطعن من أجل عقد جلسة استماع إدارية عادلة. الطعن هو طلب رسمي من أجل إعادة النظر في القرار في جلسة استماع إدارية. يرجى مواصلة القراءة للحصول على المزيد من المعلومات.

ما المقصود بـ جلسة الاستماع العادلة؟

تُعد جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لإخبار مسؤول جلسة الاستماع الإدارية عن سبب عدم موافقتك على قرار الوكالة بشأن أهليتك و/ أو المزايا و/ أو أي تكاليف يجب عليك سدادها. ويحضر ممثل الوكالة أيضًا جلسة الاستماع لشرح أساس قرار الوكالة. وبموجب القانون، يجب على المسؤول الإداري مراجعة وقائع الدعوى المقدمة من الطرفين بطريقة عادلة وموضوعية.

المواعيد النهائية للطعن وطلب عقد جلسة استماع عادلة

يوضح الجدول أدناه المواعيد النهائية لتقديم الطعن لكل برنامج. بالنسبة إلى بعض البرامج، قد تستمر مزاياك أو خدماتك حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع إذا قدمت الطعن قبل المواعيد النهائية المدرجة في الجدول. إذا فاتك هذا الموعد النهائي، فقد تفقد حقك في الطعن. بعد تقديم الطعن الخاص بك، سنحدد موعدًا لجلستك وسنصدر قرارًا في غضون 90 يومًا أو 60 يومًا إذا كانت جلسة الاستماع تتعلق بمزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. سيتم إصدار قرار بشأن جميع طعون HealthSource RI في غضون 90 يومًا من تاريخ استلام طلب الطعن، قدر الإمكان إداريًا.

البرنامج	يجب عليك تقديم الطعن في غضون:	هل ستستمر المزايا إذا تم تقديم الطعن في غضون 10 أيام من الإشعار ("Aid Pending")؟
Medicaid	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم نخبرنا بخلاف ذلك
SNAP	90 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم نخبرنا بخلاف ذلك
CCAP	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	قد يتم تقليل المزايا حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع.
GPA	10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ولكن يجب أن يكون الطلب مكتوبًا
التأمين الصحي التجاري	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد.	يجب الاتصال بـ HealthSource RI في غضون 30 يومًا من الإشعار لطلب Aid-Pending.
جميع البرامج الأخرى	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم



الطعون العاجلة

لديك الحق في تقديم طعن عاجل إذا كانت لديك حاجة ماسة للخدمات الصحية أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) وكان انتظار الطعن القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق الحد الأقصى من المهام أو الحفاظ عليها أو استعادتها للخطر الشديد. ويجب علينا أن نفصل في الطعون العاجلة في أسرع وقت ممكن، نظراً إلى الظروف. إذا رفضنا طلبك للحصول على طعن عاجل، فإنه يجب علينا إبلاغك بسرعة، ويجب علينا التعامل مع الطعن الخاص بك من خلال عمليتنا القياسية.

الحق في استمرار الحصول على المزايا في أثناء الانتظار لعقد جلسة الاستماع

قد يكون لديك الحق في أن تستمر المزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع (يسمى هذا "Aid-Pending"). باستثناء التأمين الصحي التجاري من خلال HealthSource RI، إذا قمت بالطعن في غضون 10 أيام، في معظم الحالات، فسيتم منحك وضعية Aid-Pending تلقائياً. ما لم تتمكن من إثبات خلاف ذلك، بالنسبة إلى برنامج Medicaid و HealthSource RI، فسنفترض أنك تلقيت الإشعار بعد 5 أيام من تاريخ الإشعار.

إذا كان لديك برنامج Medicaid وتلقيت Aid-Pending، وخسرت طعنك بعد ذلك، فإنه يجوز للولاية أن تجبرك على سداد تكاليف تغطيتك خلال فترة Aid-Pending. بالنسبة إلى HealthSource RI، لا يتوفر Aid-Pending إلا إذا كنت تطعن على إعادة تحديد الأهلية التي حدثت في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطعن الخاص بك، ويتم تقديم الطلب عبر الهاتف إلى HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. إذا كنت تحصل على خصومات ضريبية للمساعدة في دفع أقساط التأمين الخاصة بك وحصلت على Aid-Pending، ثم خسرت طعنك، فقد تكون مدينًا بأموال إضافية في الضرائب الفيدرالية الخاصة بك في العام المقبل. إذا كنت تدفع أقساط تأمين شهرية، فلا يزال يتعين عليك الدفع خلال فترة Aid-Pending.

إذا حصلت على مزايا برامج SNAP أو RIW أو GPA بالإضافة إلى Aid-Pending، وخسرت الطعن، فقد تحتاج إلى السداد مقابل المزايا التي تم إصدارها لك ولكن لن يحق لك الحصول عليها خلال هذه الفترة.

الحق في تمثيل نفسك والحق في أن يتم تمثيلك

لديك الحق في تمثيل نفسك في جلسة الاستماع، أو أن يمثلك أي شخص تختاره، بما يشمل محام أو صديق أو قريب.

تتوفر المشورة القانونية من شركة Rhode Island Legal Services, Inc. على الرقم 274-2652 أو الرقم 1-800-662-5034. إذا اخترت الحصول على تمثيل قانوني، فإنه يجب على الممثل تقديم إثبات حضور مكتوب إلى مكتب جلسة الاستماع في جلسة الاستماع أو قبلها. يعمل إثبات الحضور بمثابة كشف عن المعلومات السرية، مما يسمح للممثل القانوني بالاطلاع على سجل حالة الوكالة. ومن الضروري أيضاً أن يؤكد مكتب جلسة الاستماع التمثيل لأغراض المتابعة والمراجعة وطلب الاستمرار وما إلى ذلك.

قد تتأثر أهلية أفراد الأسرة الآخرين

قد يؤدي قرار الطعن الخاص بنا إلى تغييرات في أهلية فرد آخر من أفراد أسرتك.

الاطلاع على سجل الحالة الخاص بك

يحق لك الاطلاع على سجل حالتك، بما يشمل أي دليل ستستخدمه الولاية في جلسة الاستماع. لعرض سجل حالتك، اتصل بنا على الرقم (4347) 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك طلب نسخة من السجل الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم: (4774) 1-855-840-HSRI.

التسوية غير الرسمية

قد نتمكن من حل مشكلتك بسرعة دون الحاجة إلى عقد جلسة استماع. يرجى الاتصال بالرقم (4347) 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) حتى نتمكن من مراجعة حالتك بشكل غير رسمي. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI لطلب مراجعة غير رسمية لطعنك. سنتواصل معك في محاولة لحل الطعن الذي قدمته بشكل غير رسمي. لن يتأثر حَقك في جلسة استماع بالجهود المبذولة لحل مشكلتك بشكل غير رسمي.

لديك الحق في السرية. بموجب قانون الولاية، تلتزم جميع الوكالات التي تدير البرامج بقوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية لاستخدام المعلومات المتعلقة بك وبأفراد أسرتك المعيشية الآخرين فقط للأغراض المرتبطة مباشرة بإدارة البرامج وبما يتوافق مع معايير قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية التي يمكن تحديدها بشكل فردي. تمنعنا قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) من مناقشة المعلومات الصحية



الخاصة بك أو بأي فرد من أفراد أسرتك المعيشية مع أي شخص، بما يشمل الممثل غير المفوض، ما لم يكن لدى هذا الشخص توكيل رسمي أو قمت بالتوقيع على نموذج موافقة يسمح بالكشف عن هذه المعلومات. يتضمن ذلك الكشف عن معلومات الصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV) أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) أو نتائج اختبارات الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually transmitted diseases, STD) أو خدمات العلاج والاعتماد على المواد الكيميائية.

يحظر على المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) إصدار معلومات عنك أو عن أفراد أسرتك المعيشية الآخرين من دون موافقتك باستثناء ما هو منصوص عليه في القوانين العامة لولاية رود آيلاند 40-6-12، و40-6-12.1، و42-7.2-5(13)، واللوائح المنصوص عليها في القانون الإداري لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وقوانين Medicaid للقواعد الإدارية. أي شخص تثبت إدانته بانتهاك أحكام القوانين العامة لولاية رود آيلاند 40-6-12 يُعد مذنباً بارتكاب جنحة. يتعرض المخالفون لغرامة أقصاها مائتا دولار (\$200)، أو السجن لمدة تصل إلى ستة (6) أشهر، أو كليهما.

لديك الحق في التقدم بطلب للحصول على خدمات إنفاذ الدعم من خلال مكتب خدمات رعاية الطفل. للتقدم بطلب للحصول على هذه الخدمات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني <http://www.cse.ri.gov> أو قم بزيارة المكتب المحلي لخدمات دعم الطفل (Office of Child Support Services) في منطقتك الموجود في 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

لديك الحق في تعيين ممثل مفوض. الممثل المفوض هو الشخص المعين من رب الأسرة أو الزوج/ الزوجة، أو أي فرد مسؤول آخر في الأسرة، للتصرف نيابة عن الأسرة فيما يتعلق بتقديم الطلب للحصول على مزايا البرامج أو الاستفادة منها. قد يكون أو لا يكون الممثل المفوض للحصول على المزايا هو الشخص نفسه المعين كممثل مفوض لعملية تقديم الطلبات أو لتلبية متطلبات الإبلاغ. يجب أن يُجرى تعيين الممثل المفوض كتابياً.

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية الميسورة التكلفة التي تقدمها Medicaid، فإن المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) يلزم الإدارة بإجراء ما يلي:

- منحك ثلاثين (30) يوماً لتزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها لمراجعة أهليتك. إذا لم تزودنا بالمعلومات أو طلبت المزيد من الوقت، فقد نرفض تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك أو نغلقها أو نغيرها.
- إخطارك، في معظم الحالات، قبل عشرة (10) أيام على الأقل من إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.
- إعطاؤك قراراً مكتوباً، في معظم الحالات، في غضون ثلاثين (30) يوماً. قد تستغرق تغطية الرعاية الصحية وبعض حالات الإعاقة من خمسة وأربعين (45) إلى تسعين (90) يوماً.
- استمرار تغطية برنامج Medicaid بروود آيلاند في حين نقرر إذا كنت مؤهلاً بموجب برنامج آخر أم لا.

مسؤولياتك

معلومات حول التغطية والمسؤوليات الخاصة بك:

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم معلومات دقيقة حول دخلك ومواردك وترتيبات معيشتك في هذا الطلب.

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (أو إثبات أنك تقدمت بطلب للحصول على رقم) لنفسك ولأفراد أسرتك المعيشية، كشرط للأهلية. إن جمع المعلومات حول الطلب، بالإضافة إلى أرقام الضمان الاجتماعي لجميع أفراد أسرتك المعيشية الذين تتلقى المساعدة من أجلهم، مسموح به بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الطعام سابقاً)، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036 وبموجب القانون الفيدرالي (45 CFR 155.305) و42 CFR 435.910). سيتم استخدام هذه المعلومات لتحديد إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج SNAP و/ أو Medicaid و/ أو RIW و/ أو GPA و/ أو CCAP و/ أو التأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. ستقوم الإدارة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال المطابقة الحاسوبية مع إدارة العمل والتدريب، وإدارة الضمان الاجتماعي، ودائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS)، وخدمة الغذاء والتغذية (Food and Nutrition Service, FNS)، وغيرها من الكيانات الحكومية وغير الحكومية المصرح بها بموجب القانون أو اللوائح أو العقود، وستخضع للتحقق من المسؤولين الفيدراليين والمحليين ومسؤولي الولاية. سيتم استخدام معلومات الدخل والأهلية التي تم الحصول عليها من هذه الوكالات للتأكد من أن أسرتك المعيشية مؤهلة للحصول على المبلغ الصحيح من مزايا SNAP، وGPA، ورعاية الطفل، وRIW، وMedicaid، والتأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال للوائح البرامج، ولإدارة البرامج، ولمنع الاحتيال والتحقق من مطالبات الرعاية الصحية أيضاً.



قد يتم الكشف عن هذه المعلومات لوكالات فيدرالية ووكالات حكومية أخرى لإجراء فحص رسمي، ولمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الهاربين لتجنب تطبيق القانون. إذا نشأت مطالبة ضد أسرتك المعيشية، فقد تتم إحالة المعلومات التي قدمتها في طلبك، بما يشمل جميع أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الحكومية بالإضافة إلى وكالات جمع المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات جمع المطالبات. إن توفير المعلومات المطلوبة هو أمر طوعي. ومع ذلك، فإن عدم توفير رقم الضمان الاجتماعي (SSN) سيؤدي إلى حرمان أي فرد يتقدم بطلب للحصول على المزايا منها. سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي (SSN) مقدمة والكشف عنها بالطريقة نفسها لاستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد الأسرة المعيشية المؤهلين.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون الكامل مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين الذين يقومون بإجراء مراجعات مراقبة الجودة.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل إذا كنت تحصل على مزايا برنامج RI Works أو برنامج Child Care Assistance أو برنامج Medicaid. يجب عليك المساعدة في الإنشاء أو التعديل أو إنفاذ رعاية الطفل (الأطفال) الذين تحت رعايتك، وإثبات الأبوة (إذا لزم الأمر). إذا كان بإمكانك إثبات أن لديك سبباً وجيهاً للاعتقاد بأن التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل يعرضك أنت أو أطفالك أو الأطفال الذين تحت رعايتك لخطر الأذى من ولي الأمر غير الحاضر، يمكنك المطالبة بوجود سبب وجيه لعدم التعاون.

الامتيازات والتكليفات الخاصة ببرنامج RI WORKS وبرنامج MEDICAID ودعم الرعاية للأطفال والإعانة العامة

بموجب قانون رود آيلاند العام، الأقسام 40-6-9 أو 40-6-10 أو 40-8-15، دون الحاجة إلى التوقيع على أي وثيقة:

أ. فيما يتعلق برعاية الطفل وإثبات الأبوة

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق التي قد أمتلكها ونياية عني، ومن أجل طفلي أو أطفالي ونياية عنهم، إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) سواء كانت تعمل بمفردها أو كوكيل أهلية للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، ضد أي شخص لا يقدم الدعم والإعالة والرعاية الطبية لي ولطفلي القاصر أو أطفالي الذين يتم الدفع مقابل تقديم المساعدة لهم من إحدى الوكالتين أو كليهما. وبهذه الصفة، يحق لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) رفع دعوى لإثبات الأبوة و/ أو جمع الدعم لي أو لطفلي أو أطفالي الذين يتلقون أو تلقوا المساعدة من إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) و/ أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). إذا توقفت عن الحصول على مساعدة مالية أو مزايا Medicaid، يجب أن أخبر مكتب خدمات رعاية الطفل عن أي تغييرات تؤثر في رعاية الطفل/ الرعاية الطبية، مثل انتقال طفلي من منزلي أو حدوث تغيير في عنواني.

ب. فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، لصالحني ونياية عني وعن أي شخص أكون مفوضاً قانونياً لتمثيله، فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث التي تساوي مبلغ المساعدة المالية ومزايا Medicaid المقدمة نتيجة لحادث أو إصابة أو مرض.

ج. فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من تعويض العمال

يجوز لإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) و/ أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) الحجز على أي منحة أو أمر أو تسوية معلقة قد يحق لي الحصول عليها بموجب أحكام قانون تعويض العمال في رود آيلاند، الفصول 28-29 حتى 28-38 من القوانين العامة لولاية رود آيلاند. الغرض من الحجز هو ضمان سداد الولاية للمدفوعات المالية ومدفوعات Medicaid المقدمة لي أو بالنياية عني خلال الفترة الزمنية التي يتم خلالها إصدار تعويضات العمال أو أمر أو تسوية.

د. فيما يتعلق بالحجز على تركة المتلقي المتوفى لسداد مدفوعات Medicaid

وفقاً لقانون R.I.G.L. 40-8-15، يجوز للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) الحجز على تركة متلقي مزايا Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عاماً أو أكبر وقت الوفاة. بالنسبة إلى أغراض هذا القسم، يشمل مصطلح "التركة" فيما يتعلق بالفرد المتوفى جميع الممتلكات العقارية والشخصية والأصول الأخرى المضمنة أو القابلة للتضمين في تركة الوصية الخاصة بالفرد. يُعد المبلغ الإجمالي لبرنامج Medicaid المدفوع نياية عن متلقي Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عاماً أو أكبر وقت الاستلام ديناً للولاية ويشكل حجراً على تركة المتلقي لصالح المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). ومع ذلك، فإن الحجز يكون ساري المفعول ولا ينطبق على تركة المستلم الذي ترك زوجاً/ زوجة أو طفلاً يقل عمره عن الحادية والعشرين (21) أو طفلاً كفيلاً أو موعوفاً بشكل دائم وكما هو محدد في الباب السادس عشر (SSI) من قانون الضمان الاجتماعي. قد يتم إعفاء الأراضي القبلية وبعض الممتلكات المملوكة للهنود الأمريكيين وسكان الأسكا الأصليين من الكشف عنها.



رقم الحساب:

كُن على علم بأن طلبك سيكون بمثابة تفويض لإدارة الخدمات الإنسانية للحصول على المعلومات المتعلقة بك من مقدمي الخدمات الطبية أو بأي شخص مدرج في طلبك ما دامت الحالة مفتوحة.

الفهم والموافقة على أنه يجوز لمكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لأهليتك ومستوى المزايا.

أدرك أيضًا أنه يمكن لمكتب التنفيذ للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الاستخدام أو المشاركة للمعلومات التي قدمتها في طلبي وفي حسابي الخاص لإدارة أي برامج تقدمت بطلب للتسجيل فيها و/ أو قد توفر لي مزايا وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والعقد واللائحة. يمكن لمكتب التنفيذ للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الكشف عن معلومات غير محددة للهوية لأغراض البحث. يجب أن يُجرى أي كشف للمعلومات المحددة للهوية وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي.

Medicaid: الإنهاء بواسطتك

يتمتع أفراد أسرتك التالون بتغطية Medicaid:

الاسم
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

يمكنك إنهاء تغطية Medicaid الصحية لأي فرد من أفراد أسرتك في أي وقت. نوفر عدة طرق لمعالجة طلب الإنهاء الخاص بك:

- عبر الهاتف: اتصل بمركز الاتصال لدى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على الرقم 1-855-697-4347 (من يوم الإثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات، من الساعة 8:30 صباحًا حتى 3 بعد الظهر)، أو اتصل هاتفياً بـ HealthSource RI على الرقم 1-855-840-4774 (من يوم الإثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات، من الساعة 8 صباحًا حتى 6 مساءً)
- شخصياً: قم بزيارة أحد مكاتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو ضع طلب الإنهاء الخاص بك في أي من صناديق التسليم الآمنة في مكاتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) ومراكز الأسرة الإقليمية. لمعرفة مواقع المكتب، تفضّل زيارة الموقع الإلكتروني www.dhs.ri.gov أو اتصل على الرقم (1-855-MY-RI-DHS) (1-855-697-4347)
- عبر البريد: يمكنك أيضًا أن تجعل الطلب كتابيًا قبل أسبوعين على الأقل من رغبتك في إنهاء التغطية وإرساله عبر البريد إلى:
State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

Medicaid: الإنهاء بواسطة الولاية

يتمتع فرد (أفراد) أسرتك المعيشية التالية اسمائهم بتغطية Medicaid:

الاسم
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

قد تلغى تغطيتك أو تغطية أي فرد من أسرتك المعيشية في Medicaid فقط في حالة حدوث الأمور التالية:

- إذا أصبحت أنت أو أحد أفراد أسرتك المعيشية غير مؤهلين للحصول على تغطية ميسورة التكلفة
- إذا تم إنهاء التغطية التأمينية الخاصة بك أو بأحد أفراد أسرتك المعيشية بسبب معلومات مزورة في طلبك



إذا كانت لديك احتياجات رعاية صحية خاصة

قد تكون أنت وأفراد أسرتك المعيشية مؤهلين للحصول على المزيد من الخدمات من خلال Medicaid إذا كان أي فرد في أسرتك المعيشية لديه احتياجات رعاية صحية خاصة.

- هل يعاني أي فرد في أسرتك المعيشية من إعاقة؟
- هل يحتاج أي شخص في أسرتك إلى رعاية تلميض منزلية أو غيرها من خدمات الرعاية الطويلة الأجل؟
- هل لدى أي فرد في أسرتك المعيشية فواتير طبية مرتفعة أو متكررة؟

إذا كان الأمر كذلك، فتحرّ إذا كانوا مؤهلين استنادًا إلى احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. مزيد من المعلومات، اتصل على الرقم 712-9158 (855) أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.HealthSourceRI.com.





STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

حقوق الطعن

قد يكون لديك الحق في الطعن والحصول على جلسة استماع إدارية عادلة (Administrative Fair Hearing) إذا كنت لا توافق على قراراتنا. يجوز لك:

- الاتصال بنا لمناقشة القرار الخاص بالمزايا. اتصل بنا على رقم الهاتف الموجود أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. تأكد من وجود هذا الإشعار ورقم الحالة/ الهوية في متناول يدك عند الاتصال.
- الطعن من أجل عقد جلسة استماع إدارية عادلة. الطعن هو طلب رسمي من أجل إعادة النظر في القرار في جلسة استماع إدارية. يرجى مواصلة القراءة للحصول على المزيد من المعلومات.

ما المقصود بـجلسة الاستماع العادلة؟

تُعد جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لإخبار مسؤول جلسة الاستماع الإدارية عن سبب عدم موافقتك على قرار الوكالة بشأن أهليتك و/ أو المزايا و/ أو أي تكاليف يجب عليك سدادها. ويحضر ممثل الوكالة أيضًا جلسة الاستماع لشرح أساس قرار الوكالة. وبموجب القانون، يجب على المسؤول الإداري مراجعة وقائع الدعوى المقدمة من الطرفين بطريقة عادلة وموضوعية.

المواعيد النهائية للطعن وطلب عقد جلسة استماع عادلة

يوضح الجدول أدناه المواعيد النهائية لتقديم الطعن لكل برنامج. بالنسبة إلى بعض البرامج، قد تستمر مزاياك أو خدماتك حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع إذا قدمت الطعن قبل المواعيد النهائية المدرجة في الجدول. إذا فاتك هذا الموعد النهائي، فقد تفقد حقك في الطعن. بعد تقديم الطعن الخاص بك، سنحدد موعدًا لجلستك وسنصدر قرارًا في غضون 90 يومًا أو 60 يومًا إذا كانت جلسة الاستماع تتعلق بمزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. سيتم إصدار قرار بشأن جميع طعون HealthSource RI في غضون 90 يومًا من تاريخ استلام طلب الطعن، قدر الإمكان إداريًا.

البرنامج	يجب عليك تقديم الطعن في غضون:	هل ستستمر المزايا إذا تم تقديم الطعن في غضون 10 أيام من الإشعار ("Aid Pending")؟
Medicaid	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم نخبرنا بخلاف ذلك
SNAP	90 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم نخبرنا بخلاف ذلك
CCAP	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	قد يتم تقليل المزايا حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع.
GPA	10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ولكن يجب أن يكون الطلب مكتوبًا
التأمين الصحي التجاري	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد.	يجب الاتصال بـ HealthSource RI في غضون 30 يومًا من الإشعار لطلب Aid-Pending.
جميع البرامج الأخرى	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم



الطعون العاجلة

لديك الحق في تقديم طعن عاجل إذا كانت لديك حاجة ماسة للخدمات الصحية أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) وكان انتظار الطعن القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق الحد الأقصى من المهام أو الحفاظ عليها أو استعادتها للخطر الشديد. ويجب علينا أن نفصل في الطعون العاجلة في أسرع وقت ممكن، نظراً إلى الظروف. إذا رفضنا طلبك للحصول على طعن عاجل، فإنه يجب علينا إبلاغك بسرعة، ويجب علينا التعامل مع الطعن الخاص بك من خلال عمليتنا القياسية.

الحق في استمرار الحصول على المزايا في أثناء الانتظار لعقد جلسة الاستماع

قد يكون لديك الحق في أن تستمر المزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع (يسمى هذا "Aid-Pending"). باستثناء التأمين الصحي التجاري من خلال HealthSource RI، إذا قمت بالطعن في غضون 10 أيام، في معظم الحالات، فسيتم منحك وضعية Aid-Pending تلقائياً. ما لم تتمكن من إثبات خلاف ذلك، بالنسبة إلى برنامج Medicaid و HealthSource RI، فسنفترض أنك تلقيت الإشعار بعد 5 أيام من تاريخ الإشعار.

إذا كان لديك برنامج Medicaid وتلقيت Aid-Pending، وخسرت طعنك بعد ذلك، فإنه يجوز للولاية أن تجبرك على سداد تكاليف تغطيتك خلال فترة Aid-Pending. بالنسبة إلى HealthSource RI، لا يتوفر Aid-Pending إلا إذا كنت تطعن على إعادة تحديد الأهلية التي حدثت في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطعن الخاص بك، ويتم تقديم الطلب عبر الهاتف إلى HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. إذا كنت تحصل على خصومات ضريبية للمساعدة في دفع أقساط التأمين الخاصة بك وحصلت على Aid-Pending، ثم خسرت طعنك، فقد تكون مدينًا بأموال إضافية في الضرائب الفيدرالية الخاصة بك في العام المقبل. إذا كنت تدفع أقساط تأمين شهرية، فلا يزال يتعين عليك الدفع خلال فترة Aid-Pending.

إذا حصلت على مزايا برامج SNAP أو RIW أو GPA بالإضافة إلى Aid-Pending، وخسرت الطعن، فقد تحتاج إلى السداد مقابل المزايا التي تم إصدارها لك ولكن لن يحق لك الحصول عليها خلال هذه الفترة.

الحق في تمثيل نفسك والحق في أن يتم تمثيلك

لديك الحق في تمثيل نفسك في جلسة الاستماع، أو أن يمثلك أي شخص تختاره، بما يشمل محام أو صديق أو قريب.

تتوفر المشورة القانونية من شركة Rhode Island Legal Services, Inc. على الرقم 274-2652 أو الرقم 1-800-662-5034. إذا اخترت الحصول على تمثيل قانوني، فإنه يجب على الممثل تقديم إثبات حضور مكتوب إلى مكتب جلسة الاستماع في جلسة الاستماع أو قبلها. يعمل إثبات الحضور بمثابة كشف عن المعلومات السرية، مما يسمح للممثل القانوني بالاطلاع على سجل حالة الوكالة. ومن الضروري أيضاً أن يؤكد مكتب جلسة الاستماع التمثيل لأغراض المتابعة والمراجعة وطلب الاستمرار وما إلى ذلك.

قد تتأثر أهلية أفراد الأسرة الآخرين

قد يؤدي قرار الطعن الخاص بنا إلى تغييرات في أهلية فرد آخر من أفراد أسرتك.

الاطلاع على سجل الحالة الخاص بك

يحق لك الاطلاع على سجل حالتك، بما يشمل أي دليل ستستخدمه الولاية في جلسة الاستماع. لعرض سجل حالتك، اتصل بنا على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك طلب نسخة من السجل الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم: (4774) 1-855-840-HSRI.

التسوية غير الرسمية

قد نتمكن من حل مشكلتك بسرعة دون الحاجة إلى عقد جلسة استماع. يرجى الاتصال بالرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS حتى نتمكن من مراجعة حالتك بشكل غير رسمي. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI لطلب مراجعة غير رسمية لطعنك. سنتواصل معك في محاولة لحل الطعن الذي قدمته بشكل غير رسمي. لن يتأثر حقك في جلسة استماع بالجهود المبذولة لحل مشكلتك بشكل غير رسمي.



نموذج الطعن



عملية طلب الطعن

- يمكنك طلب الطعن عن طريق القيام بأحد الإجراءات التالية أدناه. إذا أرسلت هذا النموذج، فستكمل الولاية مراجعة لحالتك من أجل محاولة حل المشكلة.
- عبر الإنترنت. فم بتسجيل الدخول إلى حسابك على <https://healthyrhode.ri.gov> وانقر على "file an appeal" (تقديم طعن)
 - عبر الهاتف. يمكنك تقديم طعن بخصوص Medicaid والتغطية الصحية المشتركة من خلال HealthSource RI عن طريق الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. للأسئلة حول تقديم طعن متعلق ببرامج الخدمات الإنسانية مثل SNAP أو RIW أو Child Care أو GPA أو SSP، يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS.
 - عبر التواصل شخصيًا. للحصول على مساعدة شخصية، فم بزيارة الموقع الإلكتروني www.dhs.ri.gov لعرض مواقع المكتب.
 - عبر البريد. املاً هذا النموذج وأرسله عبر البريد إلى، ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

الاسم (مطلوب): _____

تاريخ الميلاد (مطلوب): _____

رقم الحساب (كما هو موضح في أعلى الإشعار): _____

العنوان (مطلوب): _____

رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

هل تحتاج إلى مساعدة في التحدث أو القراءة أو الكتابة باللغة الإنكليزية؟ نعم لا:

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما لغتك الأساسية؟ _____

وسيلة الاتصال المفضلة (ضع دائرة حول خيار واحد): البريد الإلكتروني/ البريد الورقي

يجب عليك تحديد سبب (أسباب) الطعن الخاص بك:

	الخدمات الإنسانية:	التغطية الصحية:
GPA _____	SNAP _____	Medicaid _____
CHILD CARE _____	RIW _____	الخطة المشتركة من خلال HSRI _____
	SSP _____	كلاهما/غير متأكد _____
		غير ذلك (يرجى التوضيح) _____



رقم الحساب:

يرجى توضيح سبب الطعن الخاص بك:

هل تحتاج إلى خدمات صحية مهمة أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) على الفور؟ إذا كان الأمر كذلك، هل ترغب في الطعن العاجل؟
 نعم لا:

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح:

إذا لم يكن قرار جلسة الاستماع في صالحى، فإننى أدرك أنه يجب على الدفع مقابل أى مساعدة و/أو مزايا إضافية تم تحديد أننى غير مؤهل لها

حدد هذا المربع إذا كان شخص ما سيساعدك في الطعن أو سيمتلكك في أثناء عملية الطعن. يمكن أن يكون هذا محامياً أو صديقاً أو أحد أفراد الأسرة. قدم معلومات الاتصال لهذا الشخص:

الاسم: _____
الهاتف: _____
العنوان: _____
البريد الإلكتروني: _____

هل ترغب في استمرار تغطيتك والمزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار قرار جلسة الاستماع؟ نعم لا

التوقيع _____ التاريخ _____
(المتلقي)

تستكمله الوكالة فقط:

الطعن بشأن:

GPA _____
CHILD CARE _____

MEDICAID _____
الخطة الصحية المشتراة _____
غير ذلك _____

RIW _____
SNAP _____

أشر إلى مرجع دليل السياسة المحدد: _____ القسم (الأقسام) _____

رد الوكالة على الطعن/ التفسير: _____

ممثل الوكالة (التوقيع) _____ المشرف (التوقيع) _____

(كتابة الاسم بأحرف واضحة) _____ (كتابة الاسم بأحرف واضحة) _____

المكتب المحلي _____



يرجى القراءة - يمكن أن يوفر هذا الأمر لك المال على فاتورة الكهرباء الخاصة بك

تقدّم شبكة الكهرباء الوطنية سعرًا مميّزًا لعملاء إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) محدودي الدخل لديها ما يمكن أن يوفر لك المال على فاتورة الكهرباء الخاصة بك. يجب أن تكون الفاتورة باسمك.

لطلب الحصول على سعر الكهرباء المُخفّض هذا، املا النموذج الوارد أدناه ووقع عليه ودون التاريخ عليه ثم أرسله عبر البريد إلى شركة الكهرباء التابع لها.

National Grid
Attn: Customer Service
PO Box 960
Northborough, MA 01532-0960

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على الرقم (1-855-697-4347) (1-855-MY-RI-DHS).

(اقطع عند الخط أدناه)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

رود أيلاند
إدارة الخدمات الإنسانية
نموذج شهادة برنامج LIFELINE للمساعدات

رقم حساب DHS: _____ برنامج DHS _____

رقم الهاتف _____ - _____ (إذا توفر)

رقم حساب خدمة الهاتف _____



يرجى القراءة - يمكن أن يوفر هذا الأمر لك المال على فاتورة الهاتف الخاصة بك

برنامج LIFELINE للمساعدات

تقدّم شركات الاتصال Verizon وCox لعملاء إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) محدودي الدخل خصمًا شهريًا على فاتورة الهاتف الخاصة بك. يجب أن تكون الفاتورة باسمك.

برنامج LINK-UP-AMERICA

لطلب الحصول على سعر استخدام الهاتف المخفّض هذا و/ أو برنامج Lifeline Assistance،
املأ النموذج الوارد أدناه ووقع عليه ودوّن التاريخ عليه ثم أرسله عبر البريد إلى:

Verizon Lifeline Services
PO Box 4848
Trenton, NJ 08650-4848

COX Communications, Inc
Attention: Lifeline Services
6301 Waterford Blvd. Suite 200
Oklahoma City, OK 73118
فاكس: 1-877-873-9077

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS.

(اقطع عند الخط أدناه)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

رود أيلاند
إدارة الخدمات الإنسانية
نموذج شهادة برنامج LIFELINE للمساعدات

رقم حساب DHS: _____
برنامج DHS: _____

رقم الهاتف _____ - _____ (إذا توفر)

حساب خدمة الهاتف _____

التاريخ _____

توقيع المتلقي المؤهل _____



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 គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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 dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ 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).

إشعار عدم التمييز

لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية أو العمر أو الدين أو النوع الجنساني عند القبول أو التقديم للخدمات أو التوظيف أو العلاج، وفي التعليم 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 بممارسات التمييز، 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؛ ولخدمة الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711).

