

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

يرجى استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن التغييرات في ظروف أسرنا إلى قسم خدمات الأسرة والأطفال. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة أو إكمال هذا المستند أو كنت بحاجة إلى مساعدة في التواصل معنا، اسألنا أو اتصل على الرقم 1-877-423-4746. خدماتنا، بما في ذلك المترجمون الفوريون، مجانية. إذا كنت أصم أو ضعيف السمع أو أصم ومكفوف أو تواجه صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال بالرقم 711 (خدمات ترحيل الاتصالات في جورجيا).

لا تقم بتقديم هذا النموذج إلا إذا قمت بالإبلاغ عن تغيير في الظروف.

الاسم: _____ رقم هوية العميل: _____

العنوان: _____ رقم القضية: _____

رقم هاتف الموظف: _____

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<hr/>

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

النفقات الطبية				
هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو إعاقة نفقات طبية؟ نعم _____ لا _____ إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم أدناه.				
هل سيغطيها التأمين؟ (نعم/لا)	تاريخ الفاتورة	المبلغ المستحق	نوع النفقات (طبيب، مستشفى، وصفات طبية، قسط برنامج الرعاية الطبية (Medicare)	فرد الأسرة صاحب الفاتورة

--

نفقات رعاية المعالين	
الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية:	الشخص الذي يحتاج إلى رعاية:
اسم مقدم الرعاية:	كم يتقاضى مقدم الرعاية:
رقم هاتف مقدم الرعاية:	كم مرة يتم الدفع:
سبب الرعاية:	رقم هاتف مقدم الرعاية:

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

الموارد		
هل يمتلك أي شخص في أسرتك الموارد التالية؟ نعم _____ لا _____		
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.		
نوع المصدر	المالك	المبلغ/القيمة
نقدًا		اسم البنك
حساب جاري/توفير		
اتحاد انتمائي		
أسهم أو سندات		
صندوق الإيداع الآمن		

كان مجموع الدخل الشهري الإجمالي لأسرتي (المكتسب - قبل الاقتطاعات والدخل غير المكتسب) يزيد عن 130% من حد الدخل.

في أي شهر/سنة تجاوز دخل الأسرة المبلغ البالغ 130%؟ _____ / _____
الشهر السنة

ما هو مجموع مبلغ الدخل الإجمالي الشهري؟ _____

التوقيع _____ التاريخ _____

كان في أسرتي شخص بالغ قادر على العمل بدون معالين انخفضت ساعات عمله إلى أقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر. أنا، _____، عاطل عن العمل بالغ قادر على العمل بدون معالين وكان يعمل من 20-29 إلى 80 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر. لقد انخفضت ساعات عملي إلى _____ ساعة في الأسبوع.

التوقيع _____ التاريخ _____

كان في أسرتي أحد أفراد الأسرة الذي حصل على مكاسب في اليانصيب أو المقامرة.

في أي شهر/سنة حصل فرد الأسرة على دخل من اليانصيب/المقامرة؟ _____ / _____
الشهر السنة

ما هو إجمالي مبلغ الدخل من اليانصيب/المقامرة؟ _____

التوقيع _____ التاريخ _____

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي/الذين أتقدم بطلب للحصول على الإعانات من أجله/أجلهم هو/هم مواطن أمريكي/مواطنون أمريكيون أو موجودون بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم وأوافق على أن قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أرباب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأبلغ عن أي تغيير في وضعي وفقاً لمتطلبات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)/برنامج المساعدة الطبية (Medicaid) و/أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF). سأقوم بالإبلاغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من البانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4500 دولاراً أو أكثر (قبل استقطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض إعاناتي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم خدمات الأسرة والطفل التابع لوزارة الخدمات الإنسانية لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم DFCS التابع لوزارة DHS ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في تأكيد صحتها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ إعاناتي لبرنامج SNAP.

التاريخ

التوقيع

معلومات تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم _____

لا _____

لا أريد الإجابة على سؤال تسجيل الناخبين _____

لن يؤثر التقدم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الهيئة.

إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخبين، فسنساعدك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو قرارك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد.

إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية في: Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 2871-656-404 أو عن طريق الاتصال بالرقم 2871-656-404.

إذا لم تحدد أي من الاختيارين، فسيتم اعتبارك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

تم تضمين نسخة من طلب تسجيل الناخبين في ولاية جورجيا مع طلبات قسم خدمات الأسرة والأطفال، والتجديدات، ونماذج تغيير العناوين. يمكنك أيضاً طلب نموذج تسجيل الناخبين من الموظف المسؤول عن ملفك. إذا أكملت طلب نموذج تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية في ولاية جورجيا وفقاً للتعليمات المقدمة بشأن طلب تسجيل الناخبين.

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

إخطار لحقوق الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)/البند 504

المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة

يُطلب من وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ووزارة الصحة المجتمعية بولاية جورجيا ("الوزارات") بموجب القانون الفيدرالي* توفير فرصة متساوية للأشخاص ذوي الإعاقة للمشاركة في برامج الوزارة أو خدماتها أو أنشطتها والتأهل لها. ويشمل ذلك برامج مثل برنامج SNAP وبرنامج TANF والمساعدة الطبية.

تقدم الولايات تعديلات معقولة عندما تكون التعديلات ضرورية لتجنب التمييز على أساس الإعاقة. على سبيل المثال، قد نقوم بتغيير السياسات أو الممارسات أو الإجراءات لتوفير فرص وصول متساوية. لضمان التواصل الفعال على قدم المساواة، نقدم للأشخاص ذوي الإعاقة أو رفاقهم من ذوي الإعاقة المساعدة في مجال التواصل، مثل مترجمي لغة الإشارة. مساعدتنا مجانية. لا يُطلب من الولايات إجراء أي تعديل من شأنه أن يؤدي إلى تغيير جوهري في طبيعة الخدمة أو البرنامج أو النشاط أو في الأعباء المالية والإدارية غير المبررة.

كيفية طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل

يرجى الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل أو مساعدة إضافية. على سبيل المثال، اتصل إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو خدمة للتواصل الفعال، مثل مترجم لغة الإشارة. يمكنك الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك أو الاتصال بخدمات الأسرة والطفل على الرقم (877) 423-4746 أو بفريق Katie Beckett (KB) التابع لوزارة DCH على الرقم 678-248-7449 لتقديم طلبك. يمكنك أيضًا تقديم طلبك باستخدام نموذج طلب التعديل المعقول لمكتب DFCS لقانون ADA، والذي يتوفر في مكتب DFCS المحلي الخاص بك أو عبر الإنترنت على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>، أو يجوز لك الحصول على نموذج طلب التعديل المعقول لوزارة DCH التابع لقانون ADA من فريق KB أو عبر الإنترنت على <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>، ولكن لا يتعين عليك استخدام نموذج.

كيفية تقديم شكوى

لديك الحق في تقديم شكوى إذا مارست الولايات التمييز ضدك بسبب إعاقتك. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى تمييز إذا كنت قد طلبت تعديلاً معقولاً أو مترجم لغة إشارة، ولكن تم رفض ذلك أو لم يتم التصرف بناءً عليه خلال فترة زمنية معقولة. يمكنك تقديم شكوى شفهيًا أو كتابيًا عن طريق الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك، أو مكتب DFCS المحلي، أو مكتب DFCS للحقوق المدنية، منسق قانون ADA/البند 504 في Trinity Avenue SW, 47 Atlanta, GA 20334، الرقم (877) 423-4746. بالنسبة إلى وزارة DCH، تواصل مع منسق قانون ADA/البند 504 الخاص بفريق KB في: Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 2211 أو صندوق بريد 172, Norcross, GA. 30091، الرقم 678-248-7449. البريد الإلكتروني لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov.

يمكنك أن تطلب من الموظف المسؤول عن ملفك نسخة من نموذج شكوى الحقوق المدنية الخاص بقسم DFCS. نموذج الشكوى متاح أيضًا على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى بشأن التمييز، فيمكنك الاتصال بأي من موظفي قسم DFCS المذكورين أعلاه. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين قد يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال بالرقم 711 للتواصل معنا. البريد الإلكتروني لشكاوى الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov. يوجد الرابط الخاص بإجراءات الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH ونموذج الشكوى على: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى ضد التمييز إلى الهيئة الفيدرالية المناسبة. معلومات الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) موجودة ضمن "بيان عدم التمييز" المتضمن.

يضمن *البند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973؛ قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990؛ وقانون التعديل لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 2008 عدم تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للتمييز غير القانوني.

وزارة الخدمات الإنسانية بجورجيا
قسم خدمات الأسرة والأطفال
نموذج تقرير التغيير

لا ترسل الطلبات إلى وزارة USDA

بيان عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر التمييز على وزارة USDA وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة USDA أو التي تديرها على أساس العرق أو لون البشرة أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفذه أو تموله وزارة USDA. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، مثل برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها وزارة HHS مباشرة محظورة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة HHS.

وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، الطباعة بأحرف كبيرة، الأشرطة الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالهيئة (الحكومية أو المحلية) حيثما تقدموا بطلبات للحصول على إعانات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة USDA من خلال خدمة ترحيل الاتصالات الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة USDA

تقدم وزارة USDA المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من برامج الأمن الغذائي والحد من الجوع مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR) وغيرها. لتقديم شكوى ضد التمييز لبرنامج ما، قم بإكمال نموذج شكوى التمييز في البرنامج، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> وفي أي مكتب من مكاتب وزارة USDA أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة USDA وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة USDA عن طريق:

1. البريد: Food and Nutrition Service, USDA (خدمات الغذاء والتغذية، وزارة الزراعة الأمريكية)

1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 أو

2. الفاكس: 256-266 (833) أو 690-7442 (202) أو

3. الهاتف: 620-620 (833) أو 1071 أو

4. البريد الإلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بمشكلات برنامج SNAP، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة USDA على الرقم 5689-221 (800)، والذي يوجد أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت على العنوان التالي: أرقام الخطوط الساخنة لبرنامج SNAP.

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة HHS

تقدم وزارة HHS المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية، بما في ذلك برنامج TANF، وبرنامج الاستعداد للمدارس (Head Start)، وبرنامج المساعدة الخاص بالطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP)، وغيرها. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز بسبب عرقك أو لون بشرتك أو أصلك القومي أو إعاقتك أو عمرك أو جنسك (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية)، أو الدين في البرامج أو الأنشطة التي تديرها وزارة HHS مباشرة أو التي تقدم لها وزارة HHS المساعدة المالية الفيدرالية، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) لنفسك أو لشخص آخر.

لتقديم شكوى ضد التمييز لنفسك أو لشخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة HHS، قم بإكمال النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة شكوى مكتب OCR على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr>. يمكنك أيضاً التواصل مع مكتب OCR عبر البريد على: Centralized Case Management Operations (العمليات المركزية لإدارة القضايا)، U.S. Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية)، Independence 200 Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ الفاكس: 3818-619 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. للمعالجة بشكل أسرع، نشجعك على استخدام البوابة الإلكترونية لمكتب OCR لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديم الشكاوى عبر البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى مكتب OCR عبر OCRMail@hhs.gov أو الاتصال بمكتب OCR مجاناً على الرقم 1-800-368-1019، جهاز الاتصالات للصم (TDD) 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في الكلام، يرجى الاتصال بالرقم 1-7-1 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات. توفر أيضاً وسائل بديلة (مثل طريقة برايل والطباعة بأحرف كبيرة) والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجاناً لتقديم شكوى.

هذه المؤسسة توفر الفرص على قدم المساواة.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى التمييز عن طريق الاتصال بمكتب خدمات الأسرة والطفل المحلي، أو الحقوق المدنية لـ DFCS ومنسق قانون ADA/البند 504 على: Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334 47، الرقم 423-4746 (877). بالنسبة للشكاوى التي تزعج التمييز على أساس الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، اتصل ببرنامج DHS المحدود لإتقان اللغة الإنجليزية والإعاقة الحسية على: Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 47 أو اتصل بالرقم 423-4746 (877).

لا ترسل الطلبات إلى وزارة USDA