

حقوق ومسؤوليات North Carolina بشأن المساعدة العامة

القسم 1: حقوق مقدم الطلب ومسؤولياته

إذا كنت تتقدم بطلب من أجل الحصول على مساعدة أو تلقي مساعدة في ولاية North Carolina، فلديك الحقوق والمسؤوليات التالية.

حقوقك:

- التقدم بطلب للحصول على المساعدة، وإذا كنت مؤهلاً، فيمكنك الحصول عليها بالفعل. إذا تم رفض طلبك أو سحبه، فقم بإعادة تقديم الطلب في أي وقت. إذا لم يكن يتوفر لدى برنامج مساعدة رعاية الطفل المدعومة في مقاطعتك تمويلًا ماديًا، فقد يتم منحك خيارًا لوضعك على قائمة الانتظار.
- احتفظ بجميع المعلومات التي تقدمها للوكالة بسرية وحافظ على خصوصيتها ما لم يستوجب القانون خلاف ذلك. يُرجى العلم بأن المعلومات المُقدّمة إلى هذه الوكالة قد يتم تخزينها في قاعدة بيانات الكمبيوتر.
- الحصول على خدمات الترجمة الفورية أو المترجم بدون تحمل أي تكلفة عند التواصل مع الوكالة.
- الحصول على مساعدة في إكمال الطلب و/أو المساعدة في الحصول على المعلومات اللازمة لتحديد الأهلية.
- تقدّم بطلب للحصول على مساعدة لأفراد الأسرة الجدد أو الإضافيين في أي وقت.
- اسحب طلبًا أو طلب إنهاء الإعانات الحالية في أي وقت. تلقّ إشعارًا خطيًا بأي معلومات مطلوبة لتحديد أهليتك ونتيجة طلبك أو أي تغييرات في الإعانات الخاصة بك.
- احصل على مساعدتك حتى انتهاء صلاحية إشعار الإنهاء أو حتى يتم حجبه عن طريق الإجراء المناسب.
- يُرجى العلم بأنه يتم الحصول على بيانات عرقية وإثنية حول أفراد الأسرة المشاركين. وهذه المعلومات طوعية. لن تتأثر أهليتك أو مبلغ الإعانة / المساعدة إذا اخترت عدم تقديمها.
- وفقًا لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات Department of Agriculture (USDA) الأمريكية، فإنه يحظر على USDA، ووكالاتها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو التي تديرها التمييز على أساس العرق، أو اللون، 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 الأخذ بالثأر لممارسة نشاط الحقوق المدنية السابقة في أي برنامج أو نشاط تنفذه USDA أو تموله. كما يحظر على البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من Department of Health and Human Services (HHS) الأمريكية، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها HHS مباشرةً التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح HHS. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بحروف كبيرة، الشريط الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالوكالة (التابعة للولاية أو المحلية) التي تقدموا بطلب للحصول على الإعانات بها. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.
- لأغراض خدمة الغذاء والتغذية (FNS): لا تتأثر الإعانات أو مستوى الإعانات إذا لم يتم الرد على السؤال الخاص بالعرق أو الأصل. في حال عدم تقديم المعلومات، ستقوم الوكالة بجمع المعلومات عن طريق الملاحظة أثناء المقابلة. سيساعد تقديم هذه المعلومات على ضمان توزيع إعانات البرنامج دون النظر إلى العرق أو اللون أو الأصل القومي (تُستخدم هذه المعلومات لأغراض إحصائية فقط).
- لن تحتاج إلى وجود عنوان دائم طالما كنت تخطط للبقاء في ولاية North Carolina. للحصول على مساعدة رعاية الطفل المدعومة و FNS، يجب إقامتك في المقاطعة التي تتقدم فيها الطلب.
- طرح أسئلة تتعلق بقواعد البرنامج ومتطلباته.
- طلب إجراء جلسة استماع من إدارة الخدمات الاجتماعية department of social services في المقاطعة و Division of Social Services في الولاية. قد تختلف متطلبات إجراء جلسة الاستماع لكل برنامج. راجع القسم 3: حقوق إجراء جلسة الاستماع.

مسؤولياتك:

- قم بتقديم جميع المعلومات المطلوبة والإقرار بأن جميع المعلومات المقدمة بشأن وضعك وجميع الأشخاص الذين تتقدم بطلب للحصول على إعانات من أجلهم أو تتلقى بالفعل إعانات لهم صحيحة وكاملة.
- الإبلاغ في الوقت المناسب إلى إدارة department of social services في المقاطعة إذا تلقيت إعانات أو مساعدات غير صحيحة.
- الإبلاغ عن التغييرات في وضعك في الوقت المناسب إلى إدارة department of social services في المقاطعة كما هو مطلوب بموجب سياسة البرنامج. في حال عدم التأكد مما إذا كنت بحاجة إلى الإبلاغ عن شيء ما أم لا، الاتصال بمسؤول الحالة الخاص بك. قد تختلف متطلبات الإبلاغ من برنامج لآخر. راجع القسم 4: حقوق البرنامج ومسؤولياته.
- قم بتقديم المعلومات اللازمة لتحديد الأهلية إلى إدارة department of social services في المقاطعة أو وكالة المشتريات المحلية ومسؤولي الولاية والمسؤولين الفيدراليين عند الطلب.
- تعاون مع الموظفين المحليين والتابعين للولاية والفيدراليين في مراجعات مراقبة الجودة.
- تفهم أن أي بطاقة هوية طبية أو بطاقة Electronic Benefits Transfer (EBT) أو قسيمة رعاية الطفل المستلمة يجب استخدامها فقط من أجل الشخص المدرج (الأشخاص المدرجين) في البطاقة / القسيمة. يحظر القانون إعطاء هويتك الطبية أو بطاقة EBT أو قسيمة رعاية الطفل لشخص آخر ويمكن مقاضاتك بتهمة الاحتيال.
- التقدم بطلب للحصول على جميع الإعانات التي قد يحق لك الحصول عليها (مثل إعانات البطالة، وإعانات الضمان الاجتماعي، وإعانات قدامى المحاربين، وغيرها) بما في ذلك الحصول على أقصى قدر من الإعانات التي يحق لك الحصول عليها، عند التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية أو المساعدة النقدية أو المساعدة الخاصة أو تلقيها.
- الإبلاغ عن أي حالة دعم للطفل أو الزوج مدفوع لك مباشرةً. يجب الإبلاغ عن هذه المعلومات وسيتم اعتبارها كمدخلات لتحديد مدى أهليتك في بعض البرامج.

القسم 2: معلومات تحتاج إلى معرفتها

الاحتياط

- بموجب قانون ولاية North Carolina، يجب على الأشخاص تقديم جميع المعلومات اللازمة لتحديد ما إذا كان بإمكانهم الحصول على الإعانات/ المساعدات.
- إذا قدمت معلومات خاطئة أو حجت معلومات عن قصد، فقد تتعرض للعقاب القانوني بتهمة الاحتيال.
- قد يطلب منك رد قيمة الإعانات / المساعدات التي دُفعت بشكل غير صحيح.
- إذا أدين أي شخص بتقديم معلومات خاطئة بشأن إقامته، من أجل الحصول على إعانات خدمات العمل أولاً أو خدمات الغذاء والتغذية في أكثر من مكان واحد، فلن يكون مؤهلاً للحصول على هذه الإعانات لمدة 10 سنوات.

الهوية / المواطنة

- يجب عليك إخبارنا حول المستندات وتقديمها لنا، إذا كانت مطلوبة بموجب سياسة البرنامج، فيما يخص المواطنة وحالة الهجرة لجميع الأشخاص في أسرتك الذين يتقدمون بطلب للحصول على الإعانات / المساعدات أو لقبها لتحديد مدى الأهلية. ينص التوقيع على هذا النموذج على أنك ذكرت معلومات حقيقية في الطلب، مما يضعك تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالمواطنة ووضعك كـ alien بالنسبة لجميع الأعضاء المتقدمين للحصول على الإعانات / المساعدات. غير مطلوب من أفراد الأسرة غير المتقدمين بالطلب بتقديم حالة الهجرة أو المواطنة. مما يعني أنه إذا لم تكن تتقدم بطلب من أجل شخص ما في منزلك، فلن يُطلب منك منحنا معلومات حول حالة الهجرة أو المواطنة. بالنسبة لمساعدة رعاية الطفل المدعومة، إذا كانت حالة المواطنة محل شك، فسيتطلب منك التحقق من وضعك الحالي.
- يتعين أن تكون مواطناً أمريكياً أو مهاجراً مؤهلاً / alien مؤهلاً للحصول على الإعانات / المساعدات. قد تنطبق الاستثناءات على المساعدة الطبية في حالات الطوارئ وعلى مساعدة رعاية الطفل المدعومة لخدمات حماية الطفل ودور الرعاية.
- ستستخدم المعلومات المقدمة لاستخدامها في التحقق من حالة الهجرة الخاصة بك في مطابقة المعلومات مع خدمة على شبكة الإنترنت تسمى التحقق المنهجي لـ Alien من الاستحقاقات (SAVE). إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية، فقد نتحقق من المعلومات من خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة (USCIS).

إعالة الطفل/التنازل عن الحقوق

- كشرط للأهلية للاستفادة من بعض برامج الإعانة، يشترط القانون على القائم برعاية الطفل الذي يتلقى مساعدة عامة أن يتعاون مع وكالات الخدمات الاجتماعية ووكالات إنفاذ خدمات إعالة الطفل بإثبات حالة الإعانة. لا يتطلب برنامج Medicaid من القائم بالرعاية التعاون مع إنفاذ خدمات إعالة الطفل ما لم يكن يتقدم بطلب / يتلقى الإعانة لنفسه. لا تتطلب مساعدة رعاية الطفل المدعومة أن تتعاون مع إنفاذ خدمات إعالة الطفل.
- يُستخدم الدعم الطبي أو إعالة الطفل المدفوعة لإنفاذ خدمات إعالة الطفل لسداد استحقاقات مساعدة الأسرة للعمل أولاً أو Medicaid التي تتلقاها لطفلك (أطفالك).
- يمكنك تقديم طلب بوجود سبب وجيه لعدم التعاون. يُرجى إخطار مسؤول الحالة الخاص بك إذا كنت تعتقد أن لديك سبباً وجيهاً.
- إدراك أن هذا التنازل عن الحقوق يستمر طالماً أن أي شخص أتقدم بطلب للحصول على الإعانة له يتلقى خدمات العمل أولاً أو Medicaid.

أرقام الضمان الاجتماعي

- لن يُطلب من أفراد الأسرة غير المتقدمين بتقديم رقم الضمان الاجتماعي. يجب عليك إخبار department of social services في المقاطعة بجميع أرقام الضمان الاجتماعي التي يستخدمها جميع المتقدمين. لا تتطلب منك مساعدة رعاية الطفل المدعومة تقديم رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي.
- ستتم مطابقة هذه الأرقام إلكترونياً مع سجلات الوكالات الحكومية الأخرى (باستثناء مكتب خدمات المواطنة والهجرة) للتحقق من المعلومات. ويشمل ذلك إدارة الضمان الاجتماعي، ودائرة الإيرادات الداخلية، وشعبة الأمن الوظيفي، ووكالات الرعاية الاجتماعية خارج الولاية، وأي وكالات أخرى ضرورية للتحقق من المعلومات اللازمة لتحديد مدى الأهلية. يحق لك طلب سحب طلبك أو إلغائه، أو طلب إنهاء المساعدة إذا كنت لا تريد القيام بذلك.
- يلزم تقديم رقم الضمان الاجتماعي بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 للمتقدمين الذين يسعون للحصول على الإعانات.
- غير مطلوب من الأشخاص المتقدمين للحصول على خدمات Medicaid لحالات الطوارئ فقط تقديم رقم الضمان الاجتماعي.
- يمكن لمسؤول الحالة تقديم المساعدة إذا كانت هناك حاجة إلى المساعدة في الحصول على رقم الضمان الاجتماعي.

استرداد تكاليف العلاج من الممتلكات (بالنسبة للمساعدة الطبية فقط)

- تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية من شعبة المساعدة الطبية (DMA) تقديم مطالبة ضد ممتلكات بعض الأفراد لاسترداد المبلغ المدفوع من قبل برنامج Medicaid خلال الوقت الذي تلقى فيه هذا الفرد المساعدة في بعض الخدمات الطبية. اطلب من مسؤول الحالة الخاص بك معلومات محددة بشأن الخدمات التي تنطبق على استرداد تكاليف العلاج من الممتلكات.

المساعدة الطبية / التنازل عن الحقوق (بالنسبة للمساعدة الطبية فقط)

- يجب اعتبار ولاية North Carolina مستفيداً من المتبقي من المعاشات السنوية التي تم شراؤها بعد تاريخ 1 نوفمبر 2007.
- إدراك أنه من خلال قبول المساعدة الطبية لنفسك أو لأفراد آخرين من أسرتك، فإنك توافق على إعادة جميع الأموال التي يتم تلقيها من أي شركة تأمين أو أي منها إلى الولاية لسداد قيمة الفواتير الطبية و/أو فواتير المستشفى التي قام برنامج المساعدة الطبية بدفعها أو سيقوم بسدادها فيما بعد.

المراجعات

- قد يتم الانتهاء من مراجعة مدى الأهلية بشكل دوري بحسب نوع المساعدة التي تتلقاها.
- إذا تلقيت إشعاراً بالمراجعة أو تقريراً، فيجب عليك ملء جميع النماذج ومستندات التحقق المطلوبة وتوقيعها وإعادتها إلى department of social services في المقاطعة بحلول تاريخ الموعد النهائي المطبوع على النموذج وفقاً للتعليمات. قد تنته المساعدة أو تتأخر إذا لم يتم الانتهاء من المراجعة أو التقرير وإعادته في الوقت المناسب.

- إذا طلب منك إجراء مقابلة ولم تُتم بذلك، فسيؤدي ذلك إلى تأخير المساعدة أو رفضها. بالنسبة لخدمات رعاية الطفل، سيؤدي عدم إجراء المقابلة المطلوبة إلى إنهاء خدمات رعاية الطفل. عليك مسؤولية إعادة تحديد موعد مقابلة فائتة وتقديم معلومات التحقق المطلوبة.

القسم 3: حقوق إجراء جلسة الاستماع

حقوقك في إجراء جلسة استماع:

- يحق لك إجراء جلسة استماع إذا تم رفضك أو إثنائك عن التقدم بطلب للحصول على الإعانات. بالنسبة لمساعدة رعاية الطفل المدعومة، لا يمكنك طلب إجراء جلسة استماع إذا كانت المقاطعة التي تقيم فيها لا تتوفر بها موارد مالية.
- يحق لك إجراء جلسة استماع إذا كنت ترفض القرار المتخذ بشأن حصولك على خدمات Medicaid وحالة خدمات الغذاء والتغذية.
- يحق لك طلب إجراء جلسة استماع إذا تم رفض طلبك أو تم إنهاء حالتك أو تم تغيير الإعانات التي تحصل عليها أو لم يتم التصرف في قضيتك في الوقت المناسب. تم إدراج متطلبات البرنامج في القسم 4: حقوق البرنامج ومسؤولياته.
- بالنسبة لمساعدات الأسر للعمل أولاً، ومساعدة رعاية الطفل المدعومة، والمساعدات الطبية، والمساعدة الخاصة، والمساعدة في خدمات الطاقة، فإن الوقت المعتاد لطلب إجراء جلسة استماع هو 60 يوماً من تاريخ إخطارك. بالنسبة لخدمات الغذاء والتغذية، فإن الوقت المعتاد لطلب إجراء جلسة استماع هو 90 يوماً من تاريخ إخطارك.
- يمكنك طلب إجراء جلسة استماع شخصياً أو عبر الهاتف أو خطياً. اتصل بمسؤول الحالة الخاص بك لطلب إجراء جلسة استماع. عندما تقتضي السياسة ذلك، ستعقد جلسة استماع محلية في غضون 5 أيام من طلبك ما لم تطلب تأجيله. يمكن تأجيل جلسة الاستماع، لأسباب وجيهة، لمدة تصل إلى 10 أيام ميلادية. إذا كنت تعتقد أن القرارات الصادرة عن مسؤول جلسة الاستماع المحلي خاطئة، فاتصل بمسؤول الحالة الخاص بك أو راسله في غضون 15 يوماً لطلب إجراء جلسة استماع ثانية. تُجرى جلسة الاستماع الثانية أمام مسؤول جلسة استماع تابع للولاية.
- إذا طلبت عقد جلسة استماع لـ FNS، يصبح المؤتمر المحلي اختياريًا وغير إلزاميًا.
- إذا طلبت عقد جلسة استماع للعمل أولاً وكن تعيش داخل مقاطعات معينة، فستعقد جلسة الاستماع الثانية أمام مسؤول في المقاطعة.
- بالنسبة لمساعدة رعاية الطفل المدعومة، لا يمكن طلب جلسات استماع تابعة للولاية ومحلية إلا على مستوى المقاطعة.
- إذا كنت تطلب عقد جلسة استماع حول الإعاقة، فلا توجد جلسة استماع محلية. يعقد موظف جلسة استماع تابع للولاية جلسة استماع حول الإعاقة.
- قد يكون لديك شخص يتحدث نيابة عنك في جلسة الاستماع الخاصة بك، مثل قريب أو مساعد قانوني أو محام يحضر على نفقتك. قد تتوفر خدمات قانونية مجانية في مجتمعك. اتصل بأقرب مكتب للمساعدة القانونية أو الخدمات القانونية أو اتصل بالرقم المجاني 1-866-219-5262.
- يمكنك (أو يمكن للشخص الذي يتحدث نيابة عنك) عرض سجلك في أي وقت، باستثناء معلومات الغير. إذا سألت، فقد ترى أيضًا معلومات إضافية لاستخدامها في جلسة الاستماع.
- إذا كنت لديك أسئلة أو استفسارات إضافية، فاتصل بمسؤول الحالة للحصول على معلومات، أو اتصل بـ DHHS Customer Service Center من خلال الرقم المجاني 1-800-662-7030. كما تتوفر الخدمة الصوتية من خلال جهاز الهاتف النصي من خلال رقم DHHS Customer Service Center من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً باستثناء أيام العطلات الخاصة بالولاية. يتوفر أخصائي معلومات وإحالة يتحدث لغتين للترجمة للأشخاص ذوي المستوى الضعيف في اللغة الإنجليزية.

القسم 4: حقوق ومسؤوليات البرنامج

مساعدة رعاية الطفل المدعومة

- تصل المدة المعتادة لإكمال ومعالجة طلب مساعدة رعاية الطفل المدعومة إلى 30 يومًا ميلاديًا من تاريخ تقديم الطلب.

حقوقك:

- تلقى إشعار إعادة التحديد قبل 30 يومًا على الأقل من نهاية فترة شهادة مساعدة رعاية الطفل المدعومة الحالية.

مسؤولياتك:

- قم بالإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ لمسؤول رعاية طفلك في غضون عشرة (10) أيام عمل من تاريخ حدوث التغييرات، بما في ذلك:
 - قم بتغيير معلومات الاتصال بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف.
 - زيادة في الدخل تتجاوز 85% من متوسط الدخل في الولاية (يجب ألا يشمل ذلك تقلبات الدخل غير المنتظمة) استنادًا إلى مخطط متوسط الدخل في الولاية المنشور على موقع شعبة تنمية الطفل والتعليم المبكر (DCDEE).
 - قم بالتغيير دائم في وضع المتلقي كعامل أو مشارك في برنامج تدريب أو تعليم وظيفي أو أي تغيير آخر دائم في حاجته إلى رعاية الطفل.
 - هناك حاجة أو ضرورة لتغيير اختيار المستلم لمقدم الخدمة.
 - يحتاج المتلقي أو بريد إنهاء خدمات رعاية الطفل
- إبلاغ مسؤول رعاية طفلك عن حالات الغياب عندما يكون طفلك (أطفالك) غائبًا عن برنامج رعاية الطفل لأكثر من خمسة (5) أيام خلال شهر واحد أو إذا لم يعد طفلك مسجلًا في المركز أو المنزل.
- دفع الرسوم الوالدين التي يحددها مسؤول رعاية طفلك إلى مقدم رعاية طفلك. وقد يؤدي عدم دفع هذه الرسوم بانتظام وفي الوقت المحدد إلى إنهاء خدمات رعاية الطفل. لن تصبح مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية الطفل حتى يتم دفع رسوم الوالدين. علاوة على ذلك، يجب عليك طلب إيصال من مقدم الخدمة في كل مرة تدفع فيها رسوم رعاية الأطفال.
- الرد على جميع الاتصالات التي تأتي من DSS للمقاطعة أو وكالة الشراء المحلية (LPA) فيما يتعلق بمدى أهليتك المتواصلة ضمن الإطار الزمني المطلوب. قد يؤدي عدم الرد إلى إنهاء الخدمات. في حال إنهاء خدمات رعاية طفلك وكن لا تزال بحاجة إلى مساعدة في دفع تكاليف رعاية الطفل، فيجب عليك طلب إضافة اسمك إلى قائمة انتظار رعاية الطفل إن وجدت.

- قم بتقديم المعلومات المطلوبة حتى يمكن تحديد الأهلية للحصول على مساعدة رعاية الطفل المدعومة. إذا لم تتوفر المعلومات الخطية، فإن توقيع هذا النموذج يمنح الإذن للمختص للتحقق من المعلومات، مثل الدخل، عبر الهاتف أو من خلال مستندات أخرى في ملف إدارة department of social services (DSS) أو الوكالات الأخرى في المقاطعة.

- إذا تم تقديم بياناً أو إقراراً مزيفاً بشأن حقيقة مادية بقصد الخداع، أو عدم الكشف عن حقيقة مادية، ونتيجة لذلك حصلت على إعانة رعاية الأطفال أو حاولت الحصول عليها أو الاستمرار في تلقيها، فقد تكون متهمًا في جريمة التزوير الاحتيالي وفقًا للقانون العام بولاية North Carolina رقم 107-110. يعتبر الاحتيال من أجل الحصول على الدعم جريمة في ولاية North Carolina. في حال إدلاء أي شخص عمدًا ببيان مزيف أو حجب معلومات من أجل الحصول على أموال إعانة لرعاية الأطفال يمكن مقاضاته جنائيًا وقد يصل الأمر إلى عقوبة بالسجن بموجب قانون ولاية North Carolina.
- إذا كانت هذه هي أول حالة لك مع التزوير الاحتيالي، فيجب عليك سداد مبلغ إعانة رعاية الطفل التي لم تكن مستحقًا للحصول عليها، ولن تصبح مؤهلًا مرة أخرى للمشاركة في برنامج مساعدة رعاية الطفل المدعومة. ويحق لك الطعن في القرار المتخذ.
- إذا تمت إدانتك بالتزوير الاحتيالي من قبل محكمة لها اختصاص قضائي، فلن تصبح مؤهلًا مرة أخرى للمشاركة في برنامج مساعدة رعاية الطفل المدعومة ولا يمكن الطعن في العقوبة المفروضة.

مساعدة الأسرة للعمل أولاً

- يصل الوقت المعتاد لإتمام ومعالجة طلب المساعدة النقدية إلى 45 يومًا ميلاديًا من تاريخ تقديم الطلب. قد تنطبق استثناءات على هذه المدة التي تبلغ 45 يومًا؛ سيشرح مسؤول الحالة الخاص بك ذلك عند اللزوم.
- يتطلب القانون العام لولاية North Carolina رقم 108A-29.1 إجراء فحص واختبار تعاطي المخدرات للاستخدام غير القانوني للمواد الخاضعة للرقابة لكل مقدم طلب أو متلق بالغ كشرط للحصول على الأهلية لتلقي المساعدة إذا كان هناك شك معقول لذلك. لا ينطبق شرط فحص واختبار تعاطي المخدرات في الحالات التالية:
 - حالات الأطفال فقط الذين يصحبهم مرافق من غير الوالدين مثل مدير الحالة؛ أو
 - الأطفال المعالون؛ أو
 - المستفيدين من SSI. ويشمل ذلك المستفيدين من SSI من الآباء الحاضنين

حقوقك:

- طلب إجراء فحص في أي وقت لتحديد الإعاقات المحتملة أو العواقب الأخرى التي قد تؤثر على المشاركة في البرنامج.
- يحق لك الحصول على مساعدة نقدية من أجل أفراد أسرته المؤهلين إذا تم استبعادك أو تعرضك للعقوبة، بسبب نتيجة الاختبار الإيجابية المؤكدة لتعاطي المخدرات و/أو عدم الخضوع للفحص أو الاختبار لتعاطي المخدرات.

مسؤولياتك:

- مساعدة مسؤول الحالة على وضع اتفاقية المسؤولية المتبادلة (MRA) / خطة النتائج وتنفيذ الإجراءات المتفق عليها.
- قم باستخدام مبلغ الإعانة الخاص بك فيما يحقق مصلحة عائلتك. إذا لم تستخدم الإعانة بالشكل الصحيح، فقد يتم تعيين شخص آخر لتلقي الإعانة نيابة عنك واستخدامها لك ولعائلتك.
- لا يمكنك استخدام الإعانة النقدية أو الوصول إليها على بطاقة EBT الخاصة بك في أي كازينو أو مؤسسة مقامرة أو متجر للخمر أو أي مؤسسة توفر الترفيه الموجه للبالغين.
- إذا تركت وظيفتك أو فقدتها دون سبب وجيه، فلن تصبح العائلة مؤهلة للحصول على المساعدة النقدية للعمل أولاً لمدة ثلاثة أشهر. لا تنطبق عقوبة ترك الوظيفة على حالات الأطفال فقط الذين يصحبهم مرافق من غير الوالدين للقضية مثل مدير الحالة.
- الإبلاغ بالتغيرات في حالتك في غضون 10 أيام ميلادية من تاريخ التغيير. **ملاحظة:** يجب الإبلاغ عن الغياب المؤقت للطفل المتوقع غيابه لأكثر من 90 يومًا في غضون 5 أيام من التغيير. إذا لم تبلغ عن الغياب المؤقت، سيتم تقليل إعانتك أو إنهاؤها، حيث لم يعد الطفل مؤهلًا للحصول على المساعدة النقدية ما لم يكن هناك سبب وجيه للغياب.
- إذا حصلت على مساعدة نقدية، فقد تحتاج إلى استيفاء تقرير عن دخل أسرته ووضعها كل 3 أشهر. إذا حصلت على هذا التقرير، فيجب عليك تعبئته وإعادته إلى إدارة department of social services في المقاطعة بحلول تاريخ الموعد النهائي المطبوع على النموذج. إذا حصلت على التقرير ولم تقم باستيفائه وإعادته، فقد تتوقف الإعانات التي تحصل عليها.
- إذا ثبتت إدانة أي شخص في منزلك بانتهاك متعمد للبرنامج لإعطاء معلومات مزيفة، فقد يتم استبعاده من تلقي الإعانات وتغريمه و/أو تعرضه للسجن.

فترات الحرمان من الأهلية:

- 12 شهرًا للمخالفة لأول مرة
- 24 شهرًا للمخالفة لثاني مرة
- حرمان دائم للمخالفة للمرة الثالثة

معلومات تحتاج إلى معرفتها:

- يتوافق برنامج العمل أولاً مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الدين أو الإعاقة أو الجنس. لا يستبعد برنامج العمل أولاً الأشخاص أو يعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الدين أو الإعاقة أو الجنس.

برنامج العمل أولاً:

- يوفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل الفعال معنا، مثل:
 - مترجمو لغة الإشارة المعتمدون

- المعلومات المكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بحروف كبيرة الحجم، صوتية، تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، تنسيقات أخرى)
- يوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:
 - مترجمون شفويون مؤهلون
 - المعلومات المكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بإدارة Department of Social Services المحلية لديك

تمثل Department of Health and Human Services (HHS) الأمريكية لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية). لا تستبعد HHS الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الدين أو الإعاقة أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية). إذا كنت تعتقد أن Department of Health and Human Services (HHS) قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى لدى Department of Health and Human Services الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونياً من خلال مكتب بوابة شكوى [الحقوق المدنية، أو عن](#) طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 515F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019، 800-537-7697 (جهاز الهاتف النصي)

المساعدة الطبية

- يصل الوقت المعتاد لإتمام ومعالجة طلب المساعدة الطبية إلى 45 يومًا ميلاديًا من تاريخ تقديم الطلب. قد تنطبق استثناءات على هذه المدة التي تبلغ 45 يومًا؛ سيشرح مسؤول الحالة الخاص بك ذلك عند اللزوم.

حقوقك:

- التقدم بطلب للحصول على خدمات Medicaid بأثر رجعي لمدة تصل إلى 3 أشهر قبل تاريخ طلبك.
- طلب نقل الحصول على خدمات Medicaid إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو تحديد مواعيد طبية أخرى إذا كنت تتلقى تغطية Medicaid معينة.
- تقدم بطلب من أجل شخص متوفي.

مسؤولياتك:

- قم بالإبلاغ بالتغييرات في حالتك في غضون 10 أيام ميلادية من تاريخ التغيير.
- قم بالإبلاغ إذا ما تعرضت أنت أو أحد أفراد الأسرة الذين يتلقون المساعدة الطبية لحادث.
- تقديم معلومات التأمين لدى الغير إن وجدت.
- تفهم أن أي سجلات طبية أو مالية يجب أن تكون متاحة للوكالة والولاية من قبل أي مقدم خدمة تلقيت منه أنت و/أو أطفالك خدمات الرعاية الطبية. توافق على نشر هذه السجلات من قبل هؤلاء المزودين عند طلب الوكالة والولاية ذلك. خصوصية هذه المعلومات محمية بموجب القانون.
- قم باستيعاب أنك تمنح ولاية North Carolina إذنًا بجمع المدفوعات ومشاركة المعلومات مع شركات التأمين أو أي شخص آخر من المفترض أن يدفع قيمة فواتيرك الطبية.
- اطلب نقل الخدمات الطبية قبل مواعيدك بمدة كافية قدر الإمكان.
- قم باستيعاب أنه إذا ما تم نقل أي موارد من اسم مقدم الطلب دون الحصول على القيمة السوقية العادلة للموارد، فقد يؤدي ذلك إلى فرض فترة حرمان من الأهلية للحصول على الرعاية الطبية طويلة الأجل، مثل دار المسنين، أو للرعاية المنزلية. يجب الإبلاغ عن جميع عمليات نقل الموارد عند تقديم هذا الطلب ويجب الإبلاغ عن أي تحويلات جديدة لمسؤول الحالة في غضون 10 أيام ميلادية.

المساعدة الخاصة

- تصل المدة المعتادة لمعالجة طلبات المساعدة الخاصة إلى 45 يومًا للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر و 60 يومًا للمتقدمين الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا.

حقوقك:

- إذا تمت الموافقة على حصولك على المساعدة الخاصة، فيحق لك إنفاق إعانة المساعدة الخاصة حسب الحاجة عندما تعتبر أن ذلك يحقق أفضل مصلحة لصحتك وسلامتك. ويجوز تعيين مستفيد بديل للأفراد الذين لا يستطيعون إدارة عملية الدفع. إذا كنت تتلقى مبلغًا لأنك تقيم في دار رعاية للبالغين، فإن "أفضل مصلحة" لك تعني دفع ثمن دار رعاية البالغين الخاصة بك. إذا كنت تتلقى مساعدة خاصة في المنزل، فإن "أفضل مصلحة" لك هي استخدام المبلغ لأغراض تتعلق بصحتك وسلامتك.

مسؤولياتك:

- الإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على مسؤول الحالة الخاص بك في غضون 5 أيام ميلادية من حدوث التغيير في الموقف.

مساعدة اللاجئين

- يصل الوقت المعتاد لإتمام ومعالجة طلب مساعدة اللاجئين إلى 30 يومًا ميلاديًا من تاريخ تقديم الطلب. قد تنطبق استثناءات على هذه المدة التي تبلغ 30 يومًا؛ سيشرح مسؤول الحالة الخاص بك ذلك عند اللزوم.

حقوقك:

- احصل على وصف خطي لحقوقك كعميل لمقدم خدمة اللاجئين والتزامات مقدم الخدمة نحوك.
- تلقّ ملخصًا خطيًا للقواعد والتوقعات والعوامل الأخرى لاستخدام الخدمات وساعات الخدمات المتاحة وإنهاء الخدمات وكيفية تسجيل الشكاوى أو تقديم التظلمات أو الطعون.

مسؤولياتك:

- قم بالمشاركة في وضع خطة التوظيف الخاصة بك وخطة الاكتفاء الذاتي للعائلة ومتابعتها.
- قم بالإبلاغ بالتغييرات في حالتك في غضون 10 أيام ميلادية من تاريخ معرفة التغيير.

خدمات الغذاء والتغذية

معلومات تحتاج إلى معرفتها:

- للحصول على معلومات حول مبادرة منع حمل المراهقات، اتصل بإدارة Health Department المحلية التابعة لك أو اتصل بـ DHHS Customer Service Center على الرقم 1-866-719-0141. للحصول على معلومات حول الخدمات المقدمة للزيجات الصحية، اتصل بوكالتك المحلية.
- يصل الوقت المعتاد لإتمام ومعالجة طلب خدمات الغذاء والتغذية إلى 30 يومًا ميلاديًا من تاريخ تقديم الطلب. يجب معالجة الطلبات التي تستوفي معايير الخدمات المعجلة في غضون 7 أيام ميلادية من تاريخ تقديم الطلب. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على FNS و SSI في نفس الوقت من إحدى المؤسسات، فإن تاريخ تقديم الطلب هو تاريخ الإصدار من المؤسسة.

حقوقك:

- احصل على خصم على فاتورة هاتفك في مواقف معينة. اتصل بشركة الهاتف للحصول على مزيد من المعلومات.
- تلقّ الإعانات في الوقت المناسب.
- تلقّ نموذج تقرير التغيير والذي يخبرك بالتغييرات التي يتعين عليك الإبلاغ عنها.

مسؤولياتك:

- استخدم خدمات الغذاء والتغذية لشراء المواد الغذائية فقط للاستهلاك المنزلي. قد يؤدي الاستخدام غير السليم لإعانات الغذاء والتغذية إلى تحمل غرامات تصل إلى 250000 دولار أمريكي، والسجن لمدة تصل إلى 20 عامًا و/أو الحرمان الدائم من الحصول على إعانات الغذاء والتغذية. قد تكون أيضًا غير مؤهل للحصول على خدمات الغذاء والتغذية لمدة 18 شهرًا إضافيًا إذا أمرت المحكمة بذلك.
- لا تتاجر في إعانات الغذاء والتغذية أو بيعها.
- لا تستخدم إعانات الغذاء والتغذية الخاصة بك لصالح شخص آخر.
- لا تستخدم إعانات الغذاء والتغذية الخاصة بك لسداد قيمة أي نوع من حسابات الائتمان أو لدفع ثمن الطعام الذي تم شراؤه عن طريق بطاقة الائتمان وإلا ستفقد الإعانات المستحقة لك.
- في حال استخدام إعانات المساعدة الغذائية الخاصة بك لشراء المواد غير الغذائية، مثل الكحول والسجائر، فستفقد الإعانات المستحقة لك.
- لا تستخدم خدمات الغذاء والتغذية الخاصة بشخص آخر لنفسك.
- تعاون مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في مراجعة مراقبة الجودة.
- في حال الكذب أو حجب معلومات أو تقديم معلومات خاطئة عن قصد، فقد يقلل ذلك من الإعانات المستحقة لك، أو قد تضطر إلى رد قيمة الإعانات، أو قد تخضع للملاحقة الجنائية أو لن تستطيع الحصول على الإعانات لمدة اثني عشر أو أربعة وعشرين شهرًا.
- إذا ثبت لدى المحكمة أنك مُدان بتبادل خدمات الغذاء والتغذية مقابل مواد خاضعة للرقابة، فقد تفقد الحصول على خدمات الغذاء والتغذية لمدة 12 شهرًا في المرة الأولى.
- إذا ثبت لدى المحكمة أنك مُدان بشراء إعانات بقيمة تزيد عن 500 دولار أمريكي أو بيعها أو تبادلها مقابل أسلحة نارية أو التجارة في المخدرات أو الذخيرة أو المتفجرات بعد تاريخ 22 أغسطس 1996، فقد تفقد الحصول على خدمات الغذاء والتغذية إلى الأبد.
- إذا ثبت لدى المحكمة أنك مُدان بتبادل خدمات الغذاء والتغذية مقابل مواد خاضعة للرقابة، فستخسر خدمات الغذاء والتغذية للأبد في المرة الثانية.

المساعدة في تكاليف الطاقة

- تصل المدة الزمنية لإتمام ومعالجة طلب برنامج المساعدة في تكاليف الطاقة لذوي الدخل المنخفض (LIEAP) إلى يومي عمل من استلام جميع المعلومات المطلوبة.
- تصل المدة الزمنية لإتمام ومعالجة طلب برنامج CIP إلى يوم عمل واحد إذا كانت أزمة تهدد الحياة ويومي عمل إذا كانت أزمة غير مهددة للحياة.

حقوقك:

- الحق في الحصول على وقف اختياري للمرافق من خلال لجنة المرافق في ولاية North Carolina فيما يتعلق بقطع/إنهاء الخدمات. يمكن التحقق من الشركات المشاركة من خلال إدارة department of social services المحلية.

مسؤولياتك:

- قم باستيعاب أن القانون يمنع الإدلاء ببيانات مزيفة وإذا تم ذلك فستخضع للمقاضاة.

- قم بإعادة جميع المعلومات المطلوبة في غضون 10 أيام عمل من تاريخ طلب برنامج المساعدة في تكاليف الطاقة لذوي الدخل المنخفض LIEAP.
- لا تتاجر في إعانات تكاليف الطاقة أو بيعها من خلال أي مورد للطاقة مقابل سلع أو خدمات أخرى.
- قم بمنح تفويض لشركة المرافق الخاصة بك للإفصاح عن المعلومات المتعلقة باستخدام الطاقة ودفع الفواتير الخاصة بآخر 12 شهرًا للوكالات المرتبطة ببرنامج المساعدة في تكاليف الطاقة لذوي الدخل المنخفض و CIP.
- قم بمنح الوكالة إذنًا للتحقق من أي معلومات ضرورية لتحديد مدى أهليتك للحصول على برنامج المساعدة في تكاليف الطاقة لذوي الدخل المنخفض و CIP.

القسم 5: إقرارات البرنامج بعدم التمييز خدمات الغذاء والتغذية

طبقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لـ (USDA) Department of Agriculture الأمريكية، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون 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 الأخذ بالثأر من ممارسة الحقوق المدنية في السابق.

يمكن توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بحروف كبيرة، الشريط الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالوكالة (التابعة للولاية أو الوكالة المحلية) التي تقدموا بها بطلب للحصول على الإعانات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339.

لتقديم شكوى بسبب التمييز في الحصول على خدمات البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في الحصول على خدمات برنامج USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت من خلال: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، من أي مكتب تابع لـ USDA، عن طريق الاتصال بالرقم (833) 620-1071، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم صاحب الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا خطيًا بالإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخ حدوث ذلك. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى:

1. البريد:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314؛ أو
2. الفاكس:
256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو
3. البريد الإلكتروني:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات فرص متكافئة.

المساعدة في تكاليف الطاقة

لا يجوز التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الجنس (بما في ذلك الحمل أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية) للمشاركة في أي برنامج أو نشاط ممول كليًا أو جزئيًا بأموال متاحة تحت هذا العنوان أو حرمانه من الإعانات أو التعرض للتمييز بموجبه. وينطبق أيضًا على أي برنامج أو نشاط من هذا القبيل أي حظر بسبب التمييز على أساس السن بموجب قانون التمييز على أساس السن لعام 1975 أو فيما يتعلق بشخص يعاني من إعاقة ومؤهله بخلاف ذلك على النحو المنصوص عليه في المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973.

لتقديم شكوى بسبب التمييز، يمكنك الاتصال بـ:

كارلوتا ديكسون، CPM، MHS
رئيس القسم
الباب السادس/قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة - منسق الحقوق المدنية
NC Division of Social Services - الامتثال للبرامج
North Carolina Department of Health and Human Services
919-527-6421 هاتف المكتب
919-334-1198 الفاكس
Carlotta.Dixon@dhhs.nc.gov

820 South Boylan Avenue, McBryde Building
Raleigh, North Carolina 27603

إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة القرار الذي اتخذته مكتب الولاية، فيمكنك الاتصال بالوكالة المدرجة أدناه.

مكتب الخدمات المجتمعية / قسم المساعدة في تكاليف الطاقة برنامج
المساعدة في تكاليف الطاقة المنزلية لمنخفضي الدخل (LIHEAP)
Mary E. Switzer Building, 5th Floor
330 C Street, SW
Washington, D.C. 20201
رقم الهاتف: (202) 401-9351
رقم الفاكس: (202) 401-5661

القسم 6: التسجيل للتصويت

إذا كنت ترغب في التسجيل للتصويت أو لتحديث تسجيلك، فيمكنك إكمال نموذج التسجيل للتصويت من خلال www.ncsbe.gov/nvra/01، أو سؤال مسؤول الحالة الخاص بك أو الاتصال بإدارة DSS المحلية لديك للحصول على نموذج التسجيل للتصويت. لن يؤثر التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة في ملء نموذج طلب

التسجيل للتصويت، فسنساعدك في ذلك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو أمر يعود لك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد. إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم بطلب للتسجيل للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى مجلس انتخابات ولاية North Carolina، صندوق بريد 27255، رالي NC 27611-7255 أو يمكنك الاتصال على الرقم المجاني، 1-866-522-4723.

القسم 7: الإقرار بالحقوق والمسؤوليات

أفهم حقوقي ومسؤولياتي كما هو موضح في الأقسام السابقة.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____
الممثل: _____ التاريخ: _____
مسؤول الحالة: _____ التاريخ: _____