

بيان التفاهم

طلب الحصول على المساعدة الطبية للاجئين

بصفتك عميلًا مؤهلًا في برنامج إعادة توطين اللاجئين (Refugee Resettlement Program) في ولاية Arizona، سيُقدّم إليك هذا المستند باللغة التي تجيد التحدث بها. وإذا رغبت في الحصول على هذا المستند مترجمًا باللغة التي تختارها، فسيتم توفير الترجمة بناءً على طلبك.

يتمتع كافة اللاجئين وغيرهم من المستفيدين المؤهلين الوافدين إلى ولاية Arizona بالحق في التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية للاجئين (Refugee Medical Assistance, RMA). يُعد RMA برنامجًا مدته لا تزيد على اثني عشر شهرًا لتقديم المزايا الصحية للاجئين وغيرهم من المستفيدين المؤهلين الذين تم رفض اشتراكهم في برنامج Arizona Medicaid (برنامج تأمين صحي)، ويُعرف أيضًا باسم نظام ترشيد تكاليف الرعاية الصحية في Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS)، عند وصولهم للولايات المتحدة، فضلًا عن هؤلاء الذين يقعون تحت 200% من مستوى خط الفقر الفيدرالي (Federal Poverty Level) أو الذين انتهت تغطيتهم في برنامج Arizona Medicaid لأن الدخل المكتسب من العمل كان أكبر من حد الدخل المسموح به للاشتراك في برنامج Arizona Medicaid. يمكن لبرنامج RMA أن يدفع مقابل التكاليف الطبية المعتمدة والمسموح بها لمدة لا تزيد على اثني عشر شهرًا بعد الوصول إلى الولايات المتحدة أو بعد تاريخ منحك الحالة المؤهلة من مكتب إعادة توطين اللاجئين (Office of Refugee Resettlement)، وهو تاريخ تلقي حالة الهجرة التي تجعلك مؤهلًا لتلقي الخدمات المتعلقة باللاجئين. وفي حين أن برنامج RMA لا يتاح إلا لمدة لا تزيد على اثني عشر شهرًا متتاليًا، تكون التغطية مماثلة لتلك المقدمة من نظام AHCCCS. لمزيد من المعلومات حول تغطية نظام AHCCCS، يرجى زيارة: <https://www.azahcccs.gov/>.

يمكن تسجيل اسمك في برنامج RMA من خلال طلب المساعدة من: وكالة إعادة التوطين المحلية (Local Resettlement Agency, LRA) الراعية لك، أو مجموعة Private Sponsor Group من خلال Welcome Corps، أو أي منظمة تساعدك في الحصول على الخدمات ولها حق الوصول إلى نظام قاعدة البيانات عبر الإنترنت لبرنامج إعادة توطين اللاجئين بولاية Arizona (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS) من هذه المجموعات/المنظمات لتقديم طلب الحصول على المساعدة الطبية للاجئين نيابةً عنك إذا رغبت في ذلك. وعلاوة على ذلك، فإنه بمجرد إيقاف مزايا AHCCCS، سيقوم نظام AHCCCS بمشاركة معلومات هذا الإيقاف مع برنامج RRP، وهو ما سيقوم تلقائيًا بتسجيلك في RMA بالتزامن مع إيقاف مزايا AHCCCS. بالتوقيع على هذا الطلب، تقر وتوافق على التسجيل في RMA في حالة اعتبارك غير مؤهل لتلقي مزايا AHCCCS وأنت في الشهر الأول أو الثاني من وصولك أو من تاريخ منحك الحالة المؤهلة لتلقي المزايا.

إذا تم اعتماد حالتك للحصول على مزايا RMA، فستتلقى بطاقة RMA توضح تغطيتك بما يشمل تاريخ بدء تلقي المزايا وتاريخ انتهائه. وتتمتع بالحقوق والمسؤوليات التالية باعتبارك مقدم طلب الحصول على مزايا RMA:

- يحق لك تحديد أهليتك لتلقي مزايا RMA في غضون 30 يومًا من تاريخ توقيع هذا الطلب أو في وقت إيقاف مزايا AHCCCS بسبب الدخل المكتسب من العمل إذا أخطر نظام AHCCCS برنامج RRP بهذه المعلومات.
- يحق لك الحصول على الخدمات التي تكون مؤهلًا لها وفقًا للتشريعات السارية على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية، وبناءً على توافر الخدمات وفي حدود الموارد المالية المتاحة.
- تتحمل مسؤولية الإبلاغ بشكل كامل عن كافة المواقف التي تؤثر في هذا الطلب وإبلاغ مدير حالتك خلال خمسة أيام بأي تغييرات في موقفك ستؤثر في أهليتك (على سبيل المثال، مغادرة ولاية Arizona بشكل دائم وحدث تغيير في الدخل، إلى آخره).
- تتحمل مسؤولية التعاون مع كافة جهود الوكالة من أجل إثبات أهليتك. وتوافق على إجراء فحص كامل لأهليتك، بما يشمل الاستعلام عنك لدى جهات العمل والأطباء وغيرهم من الشركات وأصحاب المهن الأخرى. وتوافق أيضًا على مراجعة سجلات الوكالات الأخرى.

تتلقى حاليًا خدمات إعادة توطين اللاجئين من:

الطلبات المقدمة

أقر أنا (الشاهد/مدير الحالة) _____ بأنني قد قيمت الحالة وأكد أنني قد قدمت الطلب المناسب للحصول على مزايا RMA في نظام ARRPODS نيابةً عن مقدم (أو مقدمي) الطلب، إن كان ينطبق.

اسم (أسماء) مقدم طلب الحصول على مزايا RMA

بيان التفاهم

طلب الحصول على الفحص الطبي للاجئين

بصفتك عميلًا مؤهلًا في برنامج إعادة توطين اللاجئين (Refugee Resettlement Program) في ولاية Arizona، سيقدم إليك هذا المستند باللغة التي تحيد التحدث بها. وإذا رغبت في الحصول على هذا المستند مترجمًا باللغة التي تختارها، فسيتم توفير الترجمة بناءً على طلبك.

أنت مؤهل لتقديم طلب الحصول على الفحص الطبي للاجئين (Refugee Medical Screening, MS). يتم إجراء فحص MS في غضون أول 90 يومًا من وصولك أو تاريخ منحك الحالة المؤهلة لتلقي المزايا، ويشمل ذلك فحصًا جسديًا وسجلًا طبيًا وتطعيمات واختبارات معملية عامة واختبارات الأمراض المعدية. ويشمل أيضًا فحص الصدر بالأشعة السينية. إن فحص MS هذا مجاني تمامًا. يتمثل الغرض من هذا الفحص في متابعة أي أمراض قد تم تشخيصها في فحوص طبية أجريتها خارج البلاد، إذا كنت قد تلقيت هذه الفحوص، ويتمثل أيضًا في تحديد المخاوف الصحية الجديدة التي قد تشكل عائقًا في طريق نجاح عملية إعادة التوطين. هذه مقدمة لتعريفك بنظام الرعاية الصحية وستتلقى إحالات إلى أحد أطباء الرعاية الأولية وأي أخصائيين قد تحتاج إليهم للحصول على مزيد من الرعاية.

يمكن لوكالة إعادة التوطين المحلية (Local Resettlement Agency, LRA) الراعية لك، أو مجموعة Private Sponsor Group من خلال Welcome Corps، أو أي منظمة تتولى تسجيلك في نظام ARRPODS أن تقدم طلب الحصول على فحص MS نيابة عنك إذا رغبت في ذلك. ويحدد برنامج إعادة توطين اللاجئين (RRP) بولاية Arizona الأهلية المطلوبة لتلقي فحص MS.

لإجراء الإحالة إلى مقدم خدمات فحص MS، يجب عليك تفويض برنامج RRP للتنسيق مع ممثلك. ويجب عليك أيضًا تفويض برنامج RRP لإرسال بياناتك إلى مقدم خدمات فحص MS. وفيما يلي يمكنك الإشارة إذا قمت بتفويض هذا النشاط أو لم تقم به.

يرجى التحقق مما يلي:

أرغب في إجراء فحص طبي. أرفض إجراء فحص طبي.

أوافق أنا _____ على تحديد الخيار التالي بأن أسمح أو لا أسمح لبرنامج RRP بالتواصل مع الوكالة التي أتلقى منها خدمات إعادة التوطين للتنسيق معها بشأن تلك الخدمات.

أوافق لا أوافق

أوافق أنا _____ على تحديد الخيار التالي بأن أسمح أو لا أسمح لبرنامج RRP بإرسال بيانات الاتصال بي وبياناتي الشخصية ومستندات أهليتي، وكذلك معلومات توثيق بيانات الاتصال/البيانات الشخصية/الأهلية الخاصة بأي من الأشخاص المعالين المدرجين في قسم الطلبات أدناه، إلى مقدم خدمات فحص MS في مقاطعتي من خلال نظام AARRPODS، للمساعدة في إكمال فحص MS الخاص بي. يحق لي رفض نقل بياناتي الشخصية نيابةً عني من خلال برنامج RRP، وقد تحدث إحالة الفحص من خلال إجراءات مادية أخرى.

أوافق لا أوافق

أوافق أنا _____ على تحديد الخيار التالي بأن أسمح أو لا أسمح لبرنامج RRP بإرسال صورتي الفوتوغرافية، وكذلك صور أي من الأشخاص المعالين المدرجين في قسم الطلبات أدناه، إلى مقدم خدمات فحص MS الذي يعمل في مقاطعتي من خلال نظام ARRPODS، لتسهيل إكمال فحص MS الخاص بي. يُحظر استخدام الصور الفوتوغرافية إلا بغرض مساعدة مقدم خدمات فحص MS في التعرف على العميل.

أوافق لا أوافق

بيان التفاهم

الطلبات المقدمة

أقر أنا (الشاهد/مدير الحالة) _____ بأنني قد قيمت الحالة وأؤكد أنني قد قدمت الطلب المناسب للحصول على مزايا MS في نظام ARRPODS نيابةً عن مقدم (أو مقدمي) الطلب.

اسم (أسماء) مقدم طلب الحصول على الفحص الطبي

التوقيعات/الإقرار

أقر بأنني لاجئ أو مستفيد مؤهل دخل الولايات المتحدة بموجب قانون اللاجئين لعام 1980 (Refugee Act of 1980) وأطلب الحصول على الخدمات من برنامج RRP، وإن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

الوصي/الممثل المفوض: _____ التاريخ: _____

صلة القرابة بالعميل القاصر: _____

توقيع المترجم الفوري: _____ التاريخ: _____
(في حالة رفض الترجمة الفورية، يرجى إدخال "N/A" (غير منطبق) أعلاه)

تم رفض الاستعانة بمترجم فوري (بوقع العميل هنا): _____ التاريخ: _____

بيان التفاهم

خدمات التوظيف وإدارة حالات برنامج إعادة توطين اللاجئين

كجزء من عملية تقديم الخدمات الخاصة بك، قد يقوم برنامج إعادة توطين اللاجئين (RRP) بولاية Arizona، أو أي مقدم خدمة متعاقد مع برنامج RRP وتتلقى الخدمات منه، بإجراء إحالات إلى غيره من مقدمي الخدمات الممولين من برنامج RRP. وسيقوم برنامج RRP أو أي مقدم خدمة متعاقد معه بإجراء هذه الإحالات من خلال نظام قاعدة البيانات عبر الإنترنت لبرنامج إعادة توطين اللاجئين بولاية Arizona (ARRPODS). وتشتمل المعلومات التي تتم مشاركتها على معلومات الاتصال والبيانات الشخصية ومستندات الأهلية وصورة فوتوغرافية للعميل. يحق لك رفض نقل بياناتك الشخصية نيابةً عنك من خلال برنامج RRP أو أي مقدم خدمة متعاقد معه، وقد تحدث عملية التسجيل من خلال إجراءات مادية أخرى.

أوافق أنا _____ على تحديد الخيار التالي بأسمح أو لا أسمح لبرنامج RRP، أو مقدم خدمة متعاقد مع البرنامج وأتلقى الخدمات منه، بإرسال بيانات الاتصال بي وبياناتي الشخصية ومستندات أهليتي، وكذلك معلومات توثيق بيانات الاتصال/البيانات الشخصية/الأهلية الخاصة بأي من الأشخاص المعالين المدرجين أدناه من خلال نظام ARRPODS، من أجل تسهيل تسجيلي في خدمات التوظيف و/أو إدارة الحالات الممولة من برنامج RRP عندما أطلب الحصول على الخدمات المقدمة من جهة أخرى متعاقد مع برنامج RRP.

أوافق لا أوافق

أوافق أنا _____ على تحديد الخيار التالي بأن أسمح أو لا أسمح لبرنامج RRP بإرسال صورتي الفوتوغرافية، وكذلك صور أي من الأشخاص المعالين المدرجين أدناه إلى خدمات التوظيف و/أو إدارة الحالات الممولة من برنامج RRP من خلال نظام ARRPODS. يُحظر استخدام الصور الفوتوغرافية إلا بغرض مساعدة مقدمي الخدمات الممولين من برنامج RRP في التعرف على العميل.

أوافق لا أوافق

اسم (أو أسماء) المعال

مشاركة البيانات مع مقدمي الخدمات أو برامج المزايا غير المتعاقد معهم

خلال فترة حصولك على الخدمات، يمكنك أن تسمح لبرنامج RRP أو مقدم خدمات متعاقد مع البرنامج أو غير متعاقد معه، بمشاركة بياناتك الشخصية، وكذلك بيانات أي من الأشخاص المعالين المدرجين أعلاه مع مقدم خدمة أو برنامج مزايا آخر غير متعاقد مع البرنامج، بحيث يتمكن البرنامج من مساعدتك في التسجيل في الخدمات أو المزايا. لمشاركة هذه المعلومات، يطلب برنامج RRP أو مقدمو الخدمات المتعاقدون مع البرنامج أو غير المتعاقدين معه موافقة كتابية منك بذلك. يمكنك فيما يلي ذكر مقدمي الخدمات أو برامج المزايا الذين ستسمح لبرنامج RRP أو مقدمي الخدمات المتعاقدين مع البرنامج أو غير المتعاقدين معه بمشاركة بياناتك معهم.

اسم مقدم الخدمات أو برنامج المزايا	نوع الخدمة أو الميزة

بيان التفاهم

التوقيعات/الإقرار

أقر بأنني لاجئ أو مستفيد مؤهل دخل الولايات المتحدة بموجب قانون اللاجئين لعام 1980 (Refugee Act of 1980) وأطلب الحصول على الخدمات من برنامج RRP، وإن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

الوصي/الممثل المفوض: _____ التاريخ: _____

صلة القرابة بالعميل القاصر: _____

توقيع المترجم الفوري: _____ التاريخ: _____

(في حالة رفض الترجمة الفورية، يرجى إدخال "N/A" (غير منطبق) أعلاه)

تم رفض الاستعانة بمترجم فوري (بوقع العميل هنا): _____ التاريخ: _____