

TAARIFA YA UFAHAMU

OMBI LA MSAADA WA MATIBABU KWA WAKIMBIZI

Kama mteja anayestahiki wa Mpango wa Makazi Mapya ya Wakimbizi wa Arizona (Refugee Resettlement Program) katika Arizona, unapewa hati hii katika lugha unayopendelea. Ukipendelea huduma ya ufasiri wa hati hii utolewe kwako katika lugha unayochagua, ufasiri utatolewa kwako baada ya ombi lako.

Wakimbizi wote na wanufaika wengine wanaostahiki ambao wanawasili Arizona wana haki ya kutuma ombi kwa Usaidizi wa Matibabu kwa Wakimbizi (Refugee Medical Assistance, RMA). RMA ni mpango wa miezi kumi na miwili kwa kiwango cha juu zaidi wa manufaa ya afya kwa wakimbizi na wanufaika wengine wanaostahiki ambao wananyimwa Arizona Medicaid (mpango wa bima ya afya), pia unajulikana kama Mfumo wa Udhhibiti wa Gharama ya Huduma ya Afya ya Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS), baada ya kuwasili na ambao wako chini ya 200% ya Kiwango cha Umaskini cha Shirikisho (Federal Poverty Level), au ambao huduma yao ya Arizona Medicaid imeisha kwa sababu ya mapato kutoka kwa ajira ambayo ni makubwa kuliko kikomo cha ustahiki wa mapato ya Arizona Medicaid. RMA inaweza kulipia gharama za matibabu zilizoidhinishwa, zinazokubalika kwa muda usiozidi miezi kumi na miwili baada ya kuwasili Marekani au kupewa hali inayostahiki ya Ofisi ya Makazi Mapya kwa Wakimbizi (Office of Refugee Resettlement), ambayo ni tarehe ambayo utapokea hali ya uhamiaji inayokufanya ustahiki kupokea huduma maalum kwa mkimbizi. Ingawa RMA inapatikana kwa muda usiozidi miezi kumi na miwili mfululizo, bima ni sawa na ile inayotolewa na AHCCCS. Kwa maelezo zaidi kuhusu huduma za AHCCCS, tafadhali tembelea: <https://www.azahcccs.gov/>.

Unaweza kujiandikisha katika RMA kupitia msaada kutoka: Shirika la Makazi Mapya la Eneo (Local Resettlement Agency, LRA) ambalo lilikufadhili wewe, Private Sponsor Group kupitia Welcome Corps, au shirika lolote linalokusaidia kwa huduma ambazo zinaweza kufikia Mfumo wa Hifadhidata Mtandaoni wa Mpango ya Wakimbizi wa Arizona (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARPODS). Yoyote kati ya vikundi/mashirika hayo yanaweza kuwasilisha ombi la Usaidizi wa Matibabu kwa Wakimbizi kwa niaba yako ukipenda. Zaidi ya hayo, pindi tu AHCCCS yako inapokomeshwa, AHCCCS itashiriki maelezo haya ya kukomeshwa na RRP, na RRP inaweza kukusajili kiotomatiki kwenye RMA wakati wa kukomeshwa kwa AHCCCS. Kwa kutia sainsi ombi hili, unakubali kuandikishwa katika RMA iwapo utachukuliwa kuwa hustahiki AHCCCS na uko ndani ya miezi 12 ya kwanza ya kuwasili au kupewa hali ya kustahiki.

Iwapo utaidhinishwa kwa manufaa ya RMA, utapokea Kadi ya RMA inayoonyesha bima yako ikiwa ni pamoja na tarehe za kuanza na kumalizika kwa manufaa. Una haki na majukumu yafuatayo ukiwa mtuma ombi wa RMA:

- Haki ya kuamuliwa kwa ustahiki wako wa RMA ndani ya siku 30 kuanzia tarehe ya ombi hili lililotiwa sainsi, au wakati wa kusimamishwa kwa AHCCCS kutokana na mapato kutoka kwa kazi ikiwa AHCCCS imewasilisha taarifa hii kwa RRP.
- Haki ya kupokea huduma ambazo unastahiki kwa mujibu wa kanuni za Shirikisho na jimbo na kwa kuzingatia upatikanaji wa huduma na mapungufu ya kifedha.
- Wajibu wa kuripoti kikamilifu hali zote zinazoathiri ombi hili na kuripoti kwa msimamizi wa kesi yako ndani ya siku tano baada ya mabadiliko yoyote katika hali yako ambayo yataathiri ustahiki wako (Kwa mfano, kuhama kabisa Arizona, mabadiliko ya mapato, n.k.).
- Wajibu wa kushirikiana kwa juhudi zote za shirika ili kuthibitisha ustahiki wako. Unakubali uchunguzi kamili wa kustahiki kwako, ikijumuisha maswali kwa waajiri, madaktari na wafanyabiashara na wataalamu wengine. Pia unakubali kukaguliwa kwa rekodi za shirika jingine.

Kwa sasa unapokea Huduma za Makazi Mapya ya Wakimbizi kutoka: _____

MAOMBI YALIYOWASILISHWA

Mimi (*Shahidi/Meneja wa Kesi*) _____, nimetathmini kesi na kuthibitisha kuwa nimewasilisha ombi sahihi la RMA kwenye ARPODS kwa niaba ya mwombaji(waombaji), ikiwa anahusika.

(MA)JINA YA WAOMBAJI WA RMA

TAARIFA YA UFAHAMU

OMBI LA UCHUNGUZI WA MATIBABU WA WAKIMBIZI

Kama mteja anayestahiki wa Mpango wa Makazi Mapya ya Wakimbizi wa Arizona (Refugee Resettlement Program) katika Arizona, unapewa hati hii katika lugha unayopendelea. Iwapo ungependelea huduma ya ufasiri wa hati hii kwa ajili yako katika lugha unayochagua, ufasiri utatolewa kwako baada ya kuomba.

Unastahiki kutuma ombi la Uchunguzi wa Matibabu wa Wakimbizi (Refugee Medical Screening, MS). MS hufanyika ndani ya siku 90 za kwanza baada ya kuwasili au kupewa hali ya kustahiki na inajumuisha uchunguzi wa kimwili, historia ya matibabu, chanjo, vipimo vya jumla vya maabara na vipimo vya magonjwa ya kuambukiza. Pia inajumuisha Eksirei ya kifua. MS hii ni ya bila malipo kabisa kwako. Madhumuni ya uchunguzi huu ni kufuatilia matatizo yoyote ambayo yalitambuliwa katika uchunguzi wako wa matibabu wa ng'ambo, ikiwa ulifanyiwa uchunguzi huo, na kubaini matatizo mapya ya kiafya ambayo yanaweza kuwa changamoto kwa kupata makazi mapya. Ni utangulizi wako katika mfumo wa huduma ya afya, na utapokea rufaa kwa daktari wa huduma ya msingi na wataalam wowote ambao unaweza kuhitaji kwa huduma zaidi.

Shirika la Makazi Mapya la Ndani (Local Resettlement Agency, LRA) ambalo lilikufadhili, Private Sponsor Group yako kupitia Welcome Corps, au shirika lolote linalokusajili kwenye ARRPODS, linaweza kuwasilisha ombi la MS kwa niaba yako ukitaka. Mpango wa Makazi Mapya ya Wakimbizi wa Arizona (RRP) huamua kustahiki kwa MS.

Ili kutuma rufaa kwa mtoaji wa MS, lazima uidhinishhe RRP kuratibu na mwakilishi wako. Lazima pia uidhinishhe RRP itume maelezo yako kwa mtoaji wa MS. Hapo chini, unaweza kuonyesha ikiwa unaidhinisha au huidhinishi shughuli hii.

Tafadhali teua hapa chini:

Ningependa kupokea Uchunguzi wa Kimatibabu. Ninakataa Uchunguzi wa Kimatibabu.

Mimi _____, ninachagua chaguo lifuatalo ambalo litaruhusu au kutoruhusu RRP kuwasiliana na shirika ambalo ninapokea huduma za uhamishaji kutoka kwalo ili kuratibu huduma.

Idhinisha Usiidhinishhe

Mimi _____, ninachagua chaguo lifuatalo litakaloruhusu au kutoruhusu RRP kutuma maelezo yangu ya mawasiliano, taarifa za kibinafsi, hati za kustahiki, na taarifa ya nyaraka za mawasiliano/binafsi/kustahiki ya wategemezi wowote walioorodheshwa katika sehemu ya maombi hapa chini, kwa mtoa huduma wa MS katika Kaunti yangu, kupitia AARRPODS, kuwezesha kufanywa kwa MS yangu. Nina haki ya kukataa uhamishaji kama huu wa data yangu ya kibinafsi unaofanywa kwa niaba yangu na RRP, na rufaa ya uchunguzi inaweza kufanyika kupitia michakato mingine halisi.

Idhinisha Usiidhinishhe

Mimi _____, ninachagua chaguo lifuatalo ambalo litaruhusu au kutoruhusu RRP kutuma picha yangu na picha za wategemezi wowote walioorodheshwa katika sehemu ya maombi hapa chini, kwa mtoaji wa MS anayefanya kazi katika Kaunti yangu, kupitia ARRPODS, ili kuwezesha kufanywa kwa MS yangu. Picha zitatumika tu kusaidia mtoaji wa MS katika utambulisho wa mteja.

Idhinisha Usiidhinishhe

TAARIFA YA UFAHAMU

MAOMBI YALIYOWASILISHWA

Mimi (*Shahidi/Msimamizi wa Kesi*) _____, nimetathmini kesi na kuthibitisha kwamba nimewasilisha ombi linalofaa la MS katika ARRPODS kwa niaba ya mwombaji.

(MA)JINA YA WAOMBAJI WA UCHUNGUZI WA MATIBABU

SAINI /UTHIBITISHO

Ninathibitisha kuwa mimi ni mkimbizi au mnufaika mwingine anayestahiki aliyekubaliwa Marekani chini ya Sheria ya Wakimbizi ya 1980 (Refugee Act of 1980), nikiomba huduma kutoka kwa RRP na kwamba maelezo yaliyotolewa kwenye fomu hii ni sahihi kwa kadri ninavyojua.

Sahihi ya Mwombaji: _____ Tarehe: _____

Mlezi/Mwakilishi Aliyeidhinishwa: _____ Tarehe: _____

Uhusiano na Mteja Mtoto: _____

Sahihi ya Mkalimani: _____ Tarehe: _____
(Ikiwa ukalimani ulikataliwa, tafadhali weka "N/A" hapo juu)

Mkalimani Amekataliwa (*Mteja atatia sahihi hapa*): _____ Tarehe: _____

TAARIFA YA UFAHAMU

USIMAMIZI WA KESI NA HUDUMA ZA AJIRA ZA MPANGO WA MAKAZI MAPYA YA WAKIMBIZI

Kama sehemu ya mchakato wako wa kutoa huduma, Mpango wa Makazi Mapya wa Wakimbizi wa Arizona (RRP) au mtoa huduma yeyote aliye na mkataba wa RRP unayepokea huduma kutoka kwake anaweza kutuma rufaa kwa watoa huduma wengine wanaofadhiliwa na RRP. RRP au watoa huduma wake waliopewa kandarasi watotoa rufaa hizi kupitia Mfumo wa Data wa Mtandao wa Wakimbizi wa Arizona (ARRPODS). Taarifa zilizoshirikiwa ni pamoja na maelezo ya mawasiliano, taarifa za kibinafsi, hati za kustahiki na picha ya mteja. Una haki ya kukataa uhamisho kama huo wa data ya binafsi unaofanywa kwa niaba yako na RRP au watoa huduma wake waliopewa kandarasi na huenda usajili ukafanyika kupitia michakato mingine ya halisi.

Mimi _____, ninachagua chaguo lifuatalo litakaloruhusu au kutoruhusu RRP, au mtoa huduma yeyote aliye na mkataba wa RRP ambaye ninapokea huduma kutoka kwake, kutuma maelezo yangu ya mawasiliano, taarifa za kibinafsi, hati za kustahiki, na maelezo ya nyaraka za mawasiliano/binafsi/ustahiki wa wategemezi wowote walioorodheshwa hapa chini kupitia ARRPODS, ili kuwezesha uandikishaji wangu katika usimamizi wa kesi unaofadhiliwa na RRP na/au huduma za ajira ninapomba huduma zinazotolewa na mkandarasi mwingine wa RRP.

Idhinisha Usiidhinisha

Mimi _____, ninachagua chaguo lifuatalo ambalo litaruhusu au kutoruhusu RRP kutuma picha yangu na picha za wategemezi wowote walioorodheshwa hapa chini, kwa usimamizi wa kesi unaofadhiliwa na RRP na huduma za ajira, kupitia ARRPODS. Picha zitatumwiwa tu kusaidia watoa huduma wanaofadhiliwa na DME kumtambua mteja.

Idhinisha Usiidhinisha

(MA)JINA YA WATEGEMEZI

(MA)JINA YA WATEGEMEZI

KUSHIRIKI DATA NA WATOA HUDUMA WASIO NA MKATABA AU MIPANGO MANUFAA

Katika kipindi chako cha huduma, unaweza kutoa idhini kwa RRP au mkandarasi wa RRP/mtoa huduma asiye na kandarasi ili kushiriki taarifa zako za kibinafsi, na za wategemezi wowote walioorodheshwa hapo juu, na mtoa huduma au mpango wa manufaa usio wa RRP ili RRP iweze kukusaidia kwa kujiandikisha katika huduma au manufaa. Ili kushiriki maelezo haya, watoa huduma wa RRP au wakandarasi wa RRP/watoaji wasio na kandarasi wanahitaji kibali chako kilichoandikwa. Unaweza kuandika hapa chini ni watoa huduma au mipango gani ya manufaa utakayoruhusu RRP au mkandarasi wa RRP/watoaji wasio na kandarasi kushiriki maelezo yako.

JINA MTOA HUDUMA AU MPANGO WA MANUFAA	AINA YA HUDUMA AU YA MANUFAA

TAARIFA YA UFAHAMU

SAINI /UTHIBITISHO

Ninathibitisha kuwa mimi ni mkimbizi au mnufaika mwingine anayestahiki aliyekubaliwa Marekani chini ya Sheria ya Wakimbizi ya 1980 (Refugee Act of 1980), nikiomba huduma kutoka kwa RRP na kwamba maelezo yaliyotolewa kwenye fomu hii ni sahihi kwa kadri ninavyojua.

Saini ya Mwombaji: _____ Tarehe: _____

Mlezi/Mwakilishi Aliyeidhinishwa: _____ Tarehe: _____

Uhusiano na Mteja Mtoto: _____

Sahihi ya Mkalimani: _____ Tarehe: _____
(Ikiwa ukalimani ulikataliwa, tafadhali weka "N/A" hapo juu)

Mkalimani Amekataliwa (Mteja atatia sahihi hapa): _____ Tarehe: _____