

## بیانیه تفاهم

### برنامه کمک طبی پناهندگان

به عنوان یک مشتری واجد شرایط برنامه اسکان مجدد پناهندگان (Arizona (Refugee Resettlement Program) در اریزونا، این سند را به زبانی که ترجیح می دهید در اختیار شما قرار می دهد. اگر ترجیح می دهید این سند به زبانی که انتخاب می کنید برای شما ترجمه شود، در صورت درخواست، ترجمه به شما ارائه می شود.

تمام مهاجرین و سایر ذینفعان واجد شرایطی که به Arizona می رسند، حق دارند تا به کمک طبی مهاجرین (Refugee Medical Assistance, RMA) درخواست دهند. RMA یک برنامه حداکثر مزایای صحتی دوازده ماهه برای پناهندگان و سایر ذینفعان واجد شرایط است که پس از ورود از Arizona Medicaid (یک برنامه بیمه صحتی) که به عنوان سیستم مهار هزینه مراقبت های صحتی (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) نیز شناخته می شود، محروم می شوند و کسانی که زیر 200% سطح فقر فدرال (Federal Poverty Level) هستند، یا کسانی که پوشش Arizona Medicaid خود را به دلیل درآمد حاصل از اشتغال که بیشتر از حد واجد شرایط بودن درآمد Arizona Medicaid است، به پایان رسیده است. RMA می تواند هزینه های طبی تأیید شده و مجاز را برای حداکثر دوازده ماه پس از ورود به ایالات متحده یا اعطای وضعیت واجد شرایط دفتر اسکان مجدد پناهندگان (Office of Refugee Resettlement)، که تاریخی است که شما یک وضعیت مهاجرت دریافت می کنید که شما را واجد شرایط دریافت خدمات پناهندگی خاص می کند، بپردازد. در حالی که RMA فقط برای حداکثر دوازده ماه متوالی در دسترس است، پوشش مشابه با پوشش ارائه شده توسط AHCCCS است. برای معلومات بیشتر در مورد پوشش AHCCCS، لطفاً به این آدرس مراجعه کنید: <https://www.azahcccs.gov>.

شما می توانید در RMA از طریق کمک از ثبت نام کنید: یک نمایندگی/آژانس اسکان مجدد محلی (Local Resettlement Agency, LRA) که از شما، Private Sponsor Group شما از طریق Welcome Corps یا هر سازمانی حمایت مالی کرده است به شما در خدماتی که به سیستم دیتابیس آنلاین برنامه های اسکان مجدد پناهندگان اریزونا (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS) دسترسی دارد کمک می کند. هر یک از آن گروه ها/سازمان ها در صورت تمایل می توانند درخواست کمک طبی پناهندگان را از طرف شما ارسال کنند. علاوه بر این، هنگامی که AHCCCS شما خاتمه یافت، AHCCCS این معلومات خاتمه را با RRP به اشتراک می گذارد و RRP می تواند در زمان خاتمه AHCCCS شما را به طور خودکار در RMA ثبت نام کند. با امضای این برنامه، شما تأیید می کنید و با ثبت نام در RMA موافقت می کنید در صورتی که شما واجد شرایط AHCCCS نباشید و شما در 12 ماه اول ورود یا اعطای وضعیت واجد شرایط هستید.

اگر برای مزایای RMA تأیید شوید، یک کارت RMA دریافت خواهید کرد که پوشش شما از جمله تاریخ شروع و پایان مزایا را مشخص می کند. شما به حیث یک متقاضی/درخواست دهنده RMA، دارای حقوق و مسولیت های ذیل هستید:

- اگر AHCCCS این معلومات را به RRP ارسال کرده باشد، حق تعیین واجد شرایط بودن RMA شما ظرف 30 روز از تاریخ این درخواست امضا شده، یا در زمان خاتمه AHCCCS به دلیل درآمد حاصل از اشتغال تعیین می شود.
- حق دریافت خدماتی که مطابق با مقررات فدرال و ایالتی و بر اساس در دسترس بودن خدمات و محدودیت های مالی واجد شرایط آنها هستید.
- مسولیت گزارش کامل تمام موقعیت هایی که بر این برنامه تأثیر می گذارند و گزارش دادن به مدیر پرونده (دوسیه/قضیه) خود در مدت پنج روز پس از هر گونه تغییر در وضعیت شما که بر واجد شرایط بودن شما تأثیر می گذارد (به عنوان مثال، خروج دائم از Arizona، تغییر درآمد و غیره).
- مسولیت کار با تمام تلاش های آژانس برای ایجاد واجد شرایط بودن شما. شما موافقت خود را با بررسی کامل واجد شرایط بودن خود، از جمله درخواست از کارفرمایان (صاحبان کار)، داکتران، و سایر مشاغل و متخصصان اعلام می کنید. شما همچنین با بازبینی سوابق آژانس موافقت می کنید.

شما فعلاً خدمات اسکان مجدد مهاجرین را بدست می آورید از:

### درخواست های تسلیم شده

من (شاهد/مدیر پرونده) \_\_\_\_\_، این قضیه را ارزیابی کرده ام و تأیید می کنم که در صورت وجود، درخواست RMA مناسب را از طرف متقاضی (متقاضیان) به ARRPODS ارسال کرده ام.

### نام (نام های) درخواست دهندگان RMA

نام (نام های) درخواست دهندگان RMA

## بیانیه تفاهم

### برنامه معاینات طبی پناهندگان

به عنوان یک مشتری واجد شرایط برنامه اسکان پناهندگان (Arizona (Refugee Resettlement Program) در Arizona، این سند را به زبانی که ترجیح می دهید در اختیار شما قرار می دهد. اگر ترجیح می دهید این سند به زبانی که انتخاب می کنید برای شما ترجمه شود، در صورت درخواست، ترجمه به شما ارائه می شود.

شما واجد شرایط درخواست برای معاینه طبی پناهندگان (Refugee Medical Screening, MS) هستید. MS در 90 روز اول پس از ورود یا اعطای وضعیت واجد شرایط رخ می دهد و شامل معاینه فیزیکی، سابقه طبی، واکسیناسیون، تست/آزمایش های لابراتواری عمومی و آزمایش های امراض عفونی است. همچنین شامل عکس قفسه سینه است. این MS برای شما کاملاً رایگان است. هدف از این معاینه پیگیری هر گونه شرایطی است که در معاینه طبی در خارج از کشور شما شناسایی شده است، در صورت دریافت آن معاینه، و شناسایی نگرانی های جدید سلامتی که ممکن است برای اسکان مجدد موفقیت آمیز یک چالش باشد. این مقدمه شما به سیستم مراقبت های صحتی است و به یک داکتر مراقبت های اولیه و هر متخصصی که ممکن است برای مراقبت های بیشتر نیاز داشته باشید ارجاع داده می شود.

یک نمایندگی/اژانس اسکان مجدد محلی (Local Resettlement Agency, LRA) که از شما، Private Sponsor Group شما از طریق Welcome Corps یا هر سازمانی که شما را در ARRPODS ثبت نام کرده است، در صورت تمایل می تواند درخواست MS را از طرف شما ارسال کند. برنامه اسکان مجدد پناهندگان (RRP) اریزونا واجد شرایط بودن برای MS را تعیین می کند.

برای ارجاع به ارائه دهنده MS، باید به RRP اجازه دهید تا با نماینده خود هماهنگ شود. همچنین باید به RRP اجازه دهید تا معلومات شما را به ارائه دهنده MS ارسال کند. در زیر می توانید مشخص کنید که آیا این فعالیت را مجاز می دانید یا نه.

لطفا موارد زیر را بررسی کنید:

من می خواهم یک معاینه طبی دریافت کنم.  من معاینه طبی را رد می کنم.

من \_\_\_\_\_، گزینه زیر را انتخاب می کنم که به RRP اجازه می دهد یا اجازه نمی دهد با اژانسی که من از آن خدمات اسکان مجدد دریافت می کنم برای هماهنگ کردن خدمات تماس بگیرد.

اجازه می دهم  اجازه نمی دهم

من \_\_\_\_\_، گزینه زیر را انتخاب می کنم که به RRP اجازه می دهد یا اجازه نمی دهد تا مخاطب، اطلاعات شخصی، اسناد واجد شرایط بودن، و معلومات تماس/شخصی/اطلاعات اسناد واجد شرایط بودن افراد وابسته فهرست شده در بخش درخواست زیر را برای ارائه دهنده MS در کاونتی من، از طریق AARRPODS، برای کمک به تکمیل MS من ارسال کند. من این حق را دارم که چنین انتقال داده های شخصی ام را که از طرف من توسط RRP انجام می شود، رد کنم، و ارجاع معاینه ممکن است از طریق سایر فرآیندهای فیزیکی انجام شود.

اجازه می دهم  اجازه نمی دهم

من \_\_\_\_\_، گزینه زیر را انتخاب می کنم که به RRP اجازه می دهد یا اجازه نمی دهد عکس من و عکس های وابستگان فهرست شده در بخش برنامه های زیر را برای ارائه دهنده MS فعال در کاونتی من، برای تسهیل تکمیل MS من از طریق ARRPODS ارسال کند. از عکس ها فقط باید برای کمک به ارائه دهنده MS در شناسایی مشتری استفاده شود.

اجازه می دهم  اجازه نمی دهم

## بیانیه تفاهم

### درخواست های تسلیم شده

من (شاهد/مدیر پرونده) \_\_\_\_\_، این قضیه را ارزیابی کرده و تأیید می کنم که درخواست MS مناسب را از طرف متقاضی (متقاضیان) در ARRPODS ارسال کرده ام.

نام (نام های) متقاضیان/درخواست دهندگان معاینات طبی

### امضا/گواهینامه

من گواهی می دهم که پناهنده یا سایر ذینفعان واجد شرایطی هستم که طبق قانون پناهندگی سال 1980 در ایالات متحده (Refugee Act of 1980) پذیرفته شده ام و از RRP خدمات درخواست می کنم و معلومات ارائه شده در این فورم تا جایی که می دانم صحیح است.

امضای متقاضی/درخواست دهنده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

سرپرست/نماینده مجاز: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

ارتباط با مشتری خردسال: \_\_\_\_\_

امضای ترجمان: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
(اگر خدمات ترجمه رد گردیده بود، لطفا در فوق "N/A" بنویسید.)

ترجمان رد کرد (برای امضای مشتری در اینجا): \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

## بیانیه تفاهم

### مدیریت پرونده و خدمات کاریابی برنامه اسکان مجدد مهاجرین

به عنوان بخشی از فرآیند ارائه خدمات شما، برنامه اسکان مجدد پناهندگان (RRP) Arizona یا هر ارائه دهنده خدمات قراردادی با RRP که خدماتی را از آن دریافت می کنید، ممکن است به سایر ارائه دهندگان خدماتی که توسط RRP سرمایه گذاری می شوند ارجاع دهند. RRP یا ارائه دهندگان (تامین کننده گان) قراردادی آن، این ارجاعات را از طریق سیستم دیتا/داده آنلاین برنامه اسکان مجدد پناهندگان اریزونا (ARRPODS) انجام می دهند. معلومات به اشتراک گذاشته شده شامل تماس، اطلاعات شخصی، اسناد واجد شرایط بودن و یک عکس مشتری است. شما حق دارید که انتقال دیتای شخصی خویش را که به نمایندگی از شما توسط RRP و یا تامین کننده گان قراردادی آن صورت میگیرد، رد کنید، درین صورت شمولیت شما ممکن از طریق پروسه های فزیکتی دیگر صورت گیرد.

من \_\_\_\_\_، گزینه زیر را انتخاب می کنم که به RRP یا هر ارائه دهنده قرارداد RRP که از آن خدمات دریافت می کنم اجازه می دهد یا اجازه نمی دهد مخاطب، اطلاعات شخصی، اسناد واجد شرایط بودن، و اطلاعات تماس/شخصی/ اسناد واجد شرایط بودن وابستگی ذکر شده در زیر از طریق ARRPODS، برای تسهیل ثبت نام من در مدیریت پرونده و/یا خدمات استخدامی با بودجه RRP در صورت درخواست خدمات ارائه شده توسط پیمانکار RRP دیگر را ارسال کند.

اجازه می دهم  اجازه نمی دهم

من \_\_\_\_\_، گزینه زیر را انتخاب می کنم که به RRP اجازه می دهد یا اجازه نمی دهد عکس من و عکس های وابستگی ذکر شده در زیر را از طریق ARRPODS به مدیریت پرونده و خدمات استخدامی با بودجه RRP ارسال کند. عکس ها تنها به منظور کمک با تامین کننده گان تمویل شده از سوی RRP جهت شناسایی مشتری ها به کار برده خواهند شد.

اجازه می دهم  اجازه نمی دهم

نام (های) اشخاص متکی

### به اشتراک گذاری داده ها با ارائه دهندگان خدمات غیر قراردادی یا برنامه های مزایا

در طول دوره خدمات خود، می توانید مجوز RRP یا یک ارائه دهنده خدمات قراردادی/غیر قراردادی RRP را برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی خود و هر وابستگی ذکر شده در فوق، با یک ارائه دهنده خدمات قراردادی غیر RRP یا برنامه مزایا ارائه دهید تا RRP بتواند به شما در ثبت نام در خدمات یا مزایا کمک کند. برای به اشتراک گذاشتن این معلومات، ارائه دهندگان خدمات قراردادی/غیر قراردادی RRP یا RRP به رضایت کتبی شما نیاز دارند. در زیر می توانید بنویسید که کدام ارائه دهنده خدمات یا برنامه های مزایا به ارائه دهندگان خدمات قراردادی/غیر قراردادی RRP یا RRP اجازه می دهید معلومات شما را به اشتراک بگذارند.

ارائه دهنده خدمات یا نام برنامه مزایا	نوع خدمات یا مزایا

## بیانیه تفاهم

### امضا/گواهینامه

من گواهی می‌دهم که پناهنده یا سایر ذینفعان واجد شرایطی هستم که طبق قانون پناهندگی سال 1980 در ایالات متحده (Refugee Act of 1980) پذیرفته شده ام و از RRP خدمات درخواست می‌کنم و معلومات ارائه شده در این فورم تا جایی که می‌دانم صحیح است.

امضای متقاضی/درخواست دهنده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

سرپرست/نماینده مجاز: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

ارتباط با مشتری خردسال: \_\_\_\_\_

امضای ترجمان: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
(اگر خدمات ترجمه رد گردیده بود، لطفا در فوق "N/A" بنویسید.)

ترجمان رد کرد (برای امضای مشتری در اینجا): \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_