

طلب تقديم مطالبة بتعويض للمجني عليهم في الجرائم (CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION)
Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات البشرية لولاية ميشيغان)

يجب استكمال تعبئة الطلب بشكل كامل.

يُرجى الاتصال بالرقم 517-241-7373 بشأن أي سؤال قد يكون لديكم حول برنامج التعويض للمجني عليهم في الجرائم.

القسم الأول - معلومات عن المَجني عليه/عليها: يجب استكمال تعبئة هذا القسم للشخص المُصاب بإصابة جسدية.			
1. اسم المَجني عليه/عليها (الأخير، الأول، الأوسط)		2. تاريخ الميلاد	
3. رقم الضمان الاجتماعي			
4. العنوان		المدينة	الولاية
5. الجنس		6. عنوان البريد الإلكتروني	
[ذكر] [أنثى] [غير ذلك]			
7. رقم الهاتف للاتصال بك		8. الطريقة المفضلة لإرسال المراسلات لك	
		[عبر البريد الأمريكي] [عبر البريد الإلكتروني]	
9. الحالة الاجتماعية:			
[أعزب/عزباء] [متزوج(ة)] [منفصل(ة)] [مطلق(ة)] [أرمل(ة)]			

لا يجب استكمال تعبئة القسم الثاني إلا إذا كان المَجني عليه/عليها:	
[قاصر(ة)]	[متوفى/متوفية]
[عاجز(ة)]	

القسم الثاني (2) - معلومات عن المُطالب			
10. اسم المُطالب (الأخير، الأول، الأوسط)		11. تاريخ الميلاد	
12. رقم الضمان الاجتماعي			
13. العنوان		المدينة	الولاية
14. الجنس		15. عنوان البريد الإلكتروني	
[ذكر] [أنثى] [غير ذلك]			
16. رقم الهاتف للاتصال بك		17. الطريقة المفضلة لإرسال المراسلات لك	
		[عبر البريد الأمريكي] [عبر البريد الإلكتروني]	
18. الحالة الاجتماعية:			
[أعزب/عزباء] [متزوج(ة)] [منفصل(ة)] [مطلق(ة)] [أرمل(ة)]			
19. علاقتك بالمَجني عليه/عليها			
[زوج(ة)] [والد(ة)] [حفيد(ة)]		[ابن(ة)] [وصي]	
[أخت] [أخرى]		[جد(ة)]	
20. هل أنت مُعالاً أو كنت مُعالاً على المَجني عليه المتوفى لأي من الأمرين التاليين:			
إعالة مالية أساسية		[لا] [نعم]	
نفقة إعالة الطفل أو نفقة المطلق(ة)		[لا] [نعم]	
21. المُعالين: أدرج أسماء وتاريخ ميلاد جميع المُعالين القانونيين للمَجني عليه/عليها (يجب استكمال تعبئة هذه المعلومات إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على فقدان الإعالة المالية)			
الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد

القسم الثالث (3) - معلومات عن الدخل: اذكر دخل أسرتك المعيشية. إذا كان المُطالب يقدم نيابة عن شخص مجني عليه توفى/توفيت أو عاجز(ة) أو قاصر(ة)، فيجب استكمال تعبئة هذا القسم بشكل كامل مبيّناً دخل الشخص المُطالب.	
دخل الأسرة المعيشية السنوي	هام: مطلوب من جميع متقدمي الطلبات استكمال تعبئة هذا القسم.

القسم الرابع (4) - معلومات عن الجريمة: يجب استكمال تعبئة هذا القسم وتقديم نسخة من محضر الشرطة وذلك إذا كان متاحاً لك الحصول عليه.	
22. نوع الجريمة (ضع علامة واحدة فقط في إحدى المربعات)	قتل <input type="checkbox"/> [اعتداء جسدي <input type="checkbox"/>] سطو <input type="checkbox"/> [حريق متعمد <input type="checkbox"/>] مطاردة <input type="checkbox"/> [انتهاك و/أو إهمال حرمة الطفل <input type="checkbox"/>] الاتجار بالبشر <input type="checkbox"/> [إرهاب/عنف جماعي <input type="checkbox"/>] تنمر <input type="checkbox"/> [جريمة كراهية <input type="checkbox"/>]
23. هل كان مسبب الإصابة زوج(ة) المَجني عليه/عليها، أو زوجها/زوجته السابقة، أو في علاقة مواعدة مع المَجني عليه/عليها، أو شخص له/لها طفل مع المَجني عليه/عليها، أو أحد يعيش أو كان يعيش في منزل المَجني عليه/عليها؟ (لن يؤثر ذلك على أهلية استحقاقك للمطالبة بتعويض.)	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
24. تاريخ وقوع الجريمة	25. تاريخ الإبلاغ عن الجريمة
26. اسم المقاطعة التي وقعت الجريمة فيها	27. اسم وكالة الشرطة أو الشريف التي تم إبلاغها عن الجريمة
28. رقم الواقعة	29. مكان وقوع الجريمة (الرقم والشارع)
الولاية	المدينة
30. صف بايجاز الجريمة والإصابات الجسدية الناجمة عنها	
31. إذا لم يتم إبلاغ سلطات الشرطة/الشريف عن الجريمة في غضون 48 ساعة من وقوعها، فيُرجى توضيح الأسباب التي دعت إلى ذلك التأخير (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد).	
32. إذا لم تقم بإيداع هذه المطالبة في غضون سنة واحدة (1) من تاريخ وقوع الجريمة، فيُرجى توضيح الأسباب التي دعت إلى ذلك التأخير (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد).	

القسم الخامس (5) - معلومات عن التعويضات والاسترداد التي أمرت بها المحكمة الجاني أن يدفعها إلى المَجني عليه: يجب تقديم كل المعلومات المتاحة لديك.	
33. اسم الجاني (الجناة)، إذا كان معروفاً:	
34. هل تم اتهام الجاني (الجناة) في محكمة جنائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	
35. اسم المحكمة	36. رقم قضية المحكمة
37. هل أمرت المحكمة الجاني (الجناة) بدفع تعويض لك؟ إذا كان الجواب بنعم، فأكتب المبلغ المأمور دفعه. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	
38. هل رفعت أو تنوي رفع دعوى قضائية مدنية؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى الإجابة على الأسئلة 39 و40 و41. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
39. هل توصلت إلى تسوية؟ إذا كانت الجواب بنعم، فيُرجى توضيح ذلك. يمكنك إرفاق ورقة منفصلة إذا لزم الأمر لذلك. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
40. اسم المحامي	41. رقم هاتف المحامي

القسم السادس (6) - معلومات إحصائية لبرنامج المَجني عليهم في الجرائم. لأغراض إحصائية فقط. إن استكمال تعبئة هذا القسم طوعي وعائد لك كلياً.	
42. أخبرنا كيف تعرّفت للمرة الأولى عن برنامج تعويض المَجني عليهم في الجرائم (Crime Victims Compensation Program).	
المدّعي العام <input type="checkbox"/> [مقدم الرعاية الطبية <input type="checkbox"/>]	محامي <input type="checkbox"/> [وسائل الإعلام، منشورات ورقية أو ملصقات <input type="checkbox"/>]
الشرطة/الشريف <input type="checkbox"/> [وكالة خدمة المَجني عليهم <input type="checkbox"/>]	أحد الأصدقاء/المعارف <input type="checkbox"/> [غير ذلك <input type="checkbox"/>]
43. الخلفية العرقية/الاثنية	أمريكي من الهنود الأمريكيين <input type="checkbox"/> [من أصول عرقية متعددة <input type="checkbox"/>]
أبيض غير لاتيني/قوقازي <input type="checkbox"/> [هسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/>]	أمريكي أسود/أفريقي <input type="checkbox"/> [من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/>]
من سكان هاواي أو إحدى جزر المحيط الباسيفيكي الأخرى الأصليين <input type="checkbox"/> [آسيوي <input type="checkbox"/>]	من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> [من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/>]
44. إذا كان المَجني عليه عاجزاً، فيُرجى وضع علامة واحدة في إحدى المربعين: <input type="checkbox"/> قبل وقوع الجريمة <input type="checkbox"/> بسبب هذه الجريمة	

القسم السابع (7) - معلومات عن تحديد المطالبة

45. حدّد نوع استحقاقات التعويض التي تطلبها/تطلبينها بوضع علامة في المربعات الملائمة التالية:

استحقاقات نفقات طبية للمجني عليه	استحقاقات نفقات الجنازة لخليفة (خلفاء) المتوفى في الجريمة
استحقاقات فقدان الدخل من العمل للمجني عليه	استحقاقات فقدان نفقة الإعالة لخليفة (خلفاء) المتوفى في الجريمة
الإرشاد النفسي	تنظيف موقع وقوع الجريمة (لجرائم القتل فقط)
الإرشاد النفسي بشأن الحزن (لجرائم القتل فقط)	

46. هل تكبّدت أو ستتكبّد خسارة جراء دفع ما لا يقل عن 200 دولاراً من جيبك الخاص.
 نعم [] لا []

47. هل فقدت دخلاً من العمل لمدة أسبوعين متتالين؟
 نعم [] لا []

48. هل كانت إصابتك ناجمة عن اعتداء جنسي جنائي؟ (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد)
 نعم [] لا []

49. هل أنت متقاعد/متقاعدة لأسباب عائدة إلى العمر أو الإعاقة (قد يسري تطبيق التنازلات (الإعفاءات) في هذا الصدد)
 نعم [] لا []

القسم الثامن (8) - يجب عليك استكمال تعبئة هذا القسم إذا كنت تقدم طلباً للحصول على خدمات طبية أو سنيّة أو إرشادية نفسية

50. حدّد أيّاً من المصادر التالية (إن وجدت) المتاحة لك لدفع أي فواتير طبية أو نفقات تدفعها من جيبك (ضع علامة على كل ما ينطبق).

تأمين صحي	تأمين الأسنان/البصر	إدارة المحاربين القدامى (VA)
Medicaid (مديكير)	Medicare (مديكير)	تأمين تعويض العمّال
خطة التغطية الطبية التابعة للولاية	تأمين السيارات	إعانة عامة أخرى
تأمين أصحاب البيوت	لا شيء	غير ذلك

51. هل تلقى المجني عليه/عليها رعاية خيرية أو مدفوعات أو تبرعات أو تسويات أخرى من شركات التأمين من أي مصدر آخر بسبب هذه الواقعة؟
 نعم [] لا [] غير معروف []

52. هل يتطلب الأمر إلى الخضوع لعلاج طبي إضافي؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى توضيح ذلك)
 نعم [] لا [] غير معروف []

53. اسم المؤمن الطبي الرئيسي

القسم التاسع (9) - يجب استكمال تعبئة هذا القسم بشكل كامل إذا توفى المجني عليه وكنّت تقديم طلباً للحصول على نفقات الجنازة، أو الإرشاد النفسي بشأن الحزن، أو تنظيف موقع الجريمة، أو فقدان مبالغ الإعالة والدعم المالي.

54. حدّد أيّاً من المصادر التالية (إن وجدت) التي تكون متاحة لك لدفع أي فواتير أو نفقات تدفعها من جيبك الخاص (ضع علامة على كل ما ينطبق).

تأمين على الحياة	تأمين صحي	لا شيء
استحقاقات الموت من الضمان الاجتماعي	تأمين أصحاب البيوت	غير ذلك
الإغاثة الطارئة من الولاية	تأمين السيارات	

55. هل تلقى المجني عليه رعاية خيرية أو مدفوعات أو تبرعات أو تسويات أخرى من شركات التأمين من أي مصدر آخر بسبب هذه الواقعة؟
 نعم [] لا [] غير معروف []

القسم العاشر (10) - يجب عليك استكمال تعبئة هذا القسم إذا كنت تقدم طلباً للحصول على فقدان دخل العمل

56. اسم صاحب العمل الذي يعمل عنده المجني عليه

57. رقم هاتف صاحب العمل

58. عنوان شارع مكان صاحب العمل

59. اسم الطبيب الذي سيثبت العجز الطبي

60. التواريخ المتغيّب خلالها عن العمل بسبب إصابات متعلقة بالجريمة
 من _____ إلى _____

61. حدّد أيّاً من المصادر التالية المتاحة لك لدفع فقدان الدخل من العمل
 تأمين العجز لفترة طويلة أو قصيرة [] تأمين تعويض العمال [] الضمان الاجتماعي [] لا شيء [] غير ذلك []

إعطاء الإذن والموافقة

اسم المُطالب	اسم المَجني عليه/عليها
تحذير: إن تقديم حقائق وظروف كاذبة إلى هذه اللجنة، بقصد الاحتيال أو العش، قد تكون جريمة إذا تم منحك التعويض.	
لا تحتاج إلى محام لتقديم المُطالبة. إذا قام محام بتمثيلك في هذه المُطالبة، فيجب على المحامي تقديم خطاب إثبات المشاركة في المُطالبة (Letter of Appearance) وإرفاقه بهذا الطلب.	

إن توقيعك أدناه يمثل فهمك وموافقتك على التالي:

إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات

أعطي الإذن لأي مستشفى أو طبيب أو مرشد نفسي أو غيرهم من مقدمي خدمات العلاج الذين كانوا مسؤولين عن علاج (اسم المَجني عليه/عليها)؛ وكل مدير شؤون الجنازات أو أي شخص آخر قام بتقديم الخدمات، وأي وكالة شرطة أو أي وكالة حكومية، بما في ذلك مصلحة الضرائب الولائية والفيدرالية، أو أي شركة تأمين أو منظمة أخرى لديها معرفة بهذا الأمر، لتزويد لجنة خدمات المَجني عليهم في الجرائم لولاية ميشيغان (Michigan Crime Victim Services Commission)، أو ممثلها، بجميع المعلومات المتعلقة بالواقعة التي أدت إلى إصابة المَجني عليه/عليها إصابة جسدية أو وفاته/وفاتها، والمعلومات المتعلقة بالمُطالبة للتعويض، بما في ذلك العلاج أو العمل أو الدفع المُسدد من جهات خارجية.

متطلبات السداد

أفهم أن الدفع من قبل برنامج تعويض المَجني عليهم في الجرائم (Victim Compensation Program) هو الملتجى الأخير للدفع. وإذا تلقيت دفعة من مصدر آخر لنفس النفقات التي قام البرنامج بدفعها لي، فإنه يحق لولاية ميشيغان (State of Michigan) أن يُسدد لها ما يصل إلى قيمة المبلغ بأكمله لأي تعويض مُنح لي من خلال لجنة خدمات المَجني عليهم في الجرائم لولاية ميشيغان (Michigan Crime Victim Services Commission). كما أدرك أنه قد يتم الدفع لمقدمي الخدمات والرعاية مباشرة للديون المستحقة لهم دفعها.

الضائقة المالية

أفهم أن أهليتي للحصول على تعويض للمَجني عليه/عليها في الجرائم يتطلب أن تشكل الخسائر التي تكبدتها ضائقة مالية عليّ. وأشهد أنه لا توجد موارد مالية أو دخل آخر متاح لي. وأقر بأن الخسائر التي لم يتم تسديدها لي المُطالب بها في هذا الطلب ستسبب لي ضائقة مالية خطيرة.

إقرار

أقرّ تحت طائلة عقوبة الزور بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج هي معلومات صادقة وصحيحة وكاملة على أفضل وجه من معرفتي واعتقادي.

توقيع صاحب المُطالبة	تاريخ التوقيع
----------------------	---------------

ملاحظة: تُعتبر النسخة المصورة من هذا الإذن سارية المفعول وصالحة مثل النسخة الأصلية.

احتفظ بنسخة من جميع الوثائق لسجلاتك الخاصة.

أرسل الطلب بعد استكمال تعبئته بشكل كامل وتوقيعه وإرفاق كافة الوثائق الداعمة به إلى:

Michigan Department of Health and Human Services
Crime Victim Services Commission, Suite 1113
PO Box 30037
Lansing, MI 48909

لاستفساراتكم وطلب المساعدة، يجب على المَجني عليهم الاتصال بالخط المخصص لهم على الرقم 877-251-7373 وعلى كافة الآخرين الاتصال بالرقم 517-241-7373.

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Please note if needed, free language assistance services are available.

Call (TTY 711).

Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (TTY 711).
Arabic	يُرجى الانتباه: إذا كنتم تتكلمون اللغة العربية وتحتاجون إلى مساعدة لغوية للتواصل معنا، فنعلمكم أن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لكم مجاناً. يُرجى الاتصال بالرقم المبيّن أعلاه. (رقم هاتف المبرقة الكاتبة: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。 請致電 (TTY 711)
Syriac (Assyrian)	ܐܘܫܘܪܝܝܬܐ: ܝܪܓܝ ܐܢܬܘܢ ܝܠܥܢܐ ܝܠܘܫܘܪܝܝܬܐ ܝܠܥܢܐ ܝܠܘܫܘܪܝܝܬܐ ܝܠܥܢܐ ܝܠܘܫܘܪܝܝܬܐ. ܝܠܥܢܐ ܝܠܘܫܘܪܝܝܬܐ. (TTY 711)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (TTY 711).
Albanian	KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në (TTY 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.
Bengali	লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ (TTY ১ 711).
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (TTY 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer (TTY 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (TTY 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(TTY 711) まで、お電話にてご連絡ください
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (телетайп 711).
Serbo-Croatian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (TTY Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (TTY 711).

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان التي تُعرف باسمها المختصر MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعبيرات الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. علاوة على ذلك، فإن MDHHS:

- توفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل معنا، مثل:
 - مترجمين مؤهلين في لغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة في تنسيقات أخرى (كتابة النص بحروف كبيرة، قراءة صوتية، تنسيقات إلكترونية ميسر الوصول إليها بصرياً وغير بصرياً، وتنسيقات أخرى)؛ و
- تزويد خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون لغتهم الأم اللغة الإنجليزية، مثل:
 - مترجمين شفهيين مؤهلين
 - معلومات مكتوبة في لغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فعليك الاتصال بمنسق شؤون القسم 1557 (Section 1557 Coordinator). معلومات الاتصال موجودة أدناه. إذا كنت تعتقد بأن MDHHS لم تقم بتقديم الخدمات المذكورة أعلاه، أو قامت بالتمييز ضدك بأي شكل من الأشكال، فيمكنك إيداع شكوى تظلم مع منسق شؤون القسم 1557 (Section 1557 Coordinator). يمكنك إيداع التظلم بالذهاب بنفسك شخصياً أو إرساله عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم الشكوى، فإن منسق شؤون القسم 1557 مستعد لمساعدتك في هذا الأمر.

MDHHS Section 1557 Coordinator
Compliance Office, 4th Floor
PO Box 30195
Lansing, MI 48909

517-284-1018 (الرقم الرئيسي)، [رقم المبرقة الكاتبة TTY – وذلك إذا كان للكيان المغطى رقماً لهذا الغرض]، (فاكس) 517-335-6146، [عنوان البريد الإلكتروني]

كما يمكنك إيداع شكوى حقوق مدنية مع الوكالة الفيدرالية المعنية بالأمر.

<p>إذا كان تظلمك أو شكواك حول الطلب الذي قمت بتقديمه بشأن استحقاقات (مخصصات) إعانة غذائية جارية، فيمكنك إيداع شكوى تمييزية مع برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture Program) التي تُعرف باسمها المختصر USDA، عن طريق:</p> <p>استكمال تعبئة نموذج الشكوى، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على العنوان التالي: https://bit.ly/2g9zzpU أو في أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو إرسال رسالة موجهة إلى USDA على العنوان المبين أدناه: وأحرص أن تدرج في رسالتك جميع المعلومات المطلوبة في النموذج.</p> <p>لطلب نسخة من نموذج الشكوى، يجب الاتصال برقم الهاتف 866-632-9992. يجب إرسال النموذج بعد تعبئته بشكل كامل أو الرسالة إلى USDA بإحدى الطرق التالية: عبر البريد بإرسالها إلى العنوان التالي:</p> <p>U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410</p> <p>عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي: 202-690-7442 أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي: program.intake@usda.gov</p>	<p>إذا كان تظلمك أو شكواك حول طلب الـ Medicaid (مديكيد) الذي قمت بتقديمه أو بشأن استحقاقاته (مخصصاته) أو خدماته، فيمكنك إيداع شكوى حقوق مدنية مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) على الموقع الإلكتروني التالي: https://bit.ly/2pBS4YG، أو إرسال رسالة بالبريد على العنوان التالي، أو الاتصال هاتفياً على الرقم التالي:</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD - خط الصم والبكم)</p> <p>تتواجد نماذج الشكوى على الموقع الإلكتروني https://bit.ly/2IKsHMS.</p>
--	--

MDHHS ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها.