|  |  |
| --- | --- |
|  | دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية  إستمارة طلب المساعدة في دفع كلفة  رعاية الطفل/برنامج **SMART STEPS** |

# يرجى الإطلاع على المعلومات التالية قبل تقديم طلب لبرنامج رعاية الطفل عبر دائرة الخدمات الإنسانية. فبرنامج رعاية الطفل عبر ولاية تينيسي هو برنامج مبني على أهلية الأسرة ومدى إحتياجها له. وسيناقش الاخصائي الملائم لبرنامج رعاية الطفل متطلبات الأهلية للنوع المحدد الذي تطلبه من رعاية الطفل. كما يمكنك تقديم إستمارة الطلب والإثباتات عبر الإنترنت على [Child Care Payment Assistance Online Application (tn.gov)](https://cconlineapp.dhs.tn.gov/Home/Login) أو تقديم هذه الإستمارة المستكملة لمكتب المقاطعة المحلي لدائرة TDHS (<https://www.tn.gov/content/tn/humanservices/for-families/child-care-services/child-care-assistance-office-locator.html>). وخدمات الترجمة الفورية متوفرة عبر "مركز لغات تينيسي" [Tennessee Language Center] على <https://tfli.org/>.

**لا تعتبر الإستمارات مستكملة إلا بعد تزويد كافة الإثباتات الإلزامية.**

1. من أجل تحديد الأهلية للحصول على مساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل، تكون المعلومات التالية مطلوبة:

بطاقة صالحة للتعريف بالهوية – على الأقل واحدة (1) مما يلي لكل من أحد الوالدين/ولي أمر المقيم في المنزل:

* رخصة قيادة سيارة
* بطاقة هوية صادرة من الولاية
* بطاقة تسجيل الناخب (تينيسي)
* بطاقة I-94
* جواز سفر

إثبات مقيم حالي – على الأقل واحد (1) مما يلي يجب أن يكون بإسم أحد الوالدين/ولي الأمر:

* عقد إيجار
* وصل رهن منزل
* فاتورة خدمات مرافق عامة

إثبات جنسية – على الأقل واحد (1) مما يلي لكل طفل بحاجة إلى رعاية:

* + جواز سفر أمريكي
  + شهادة جنسية أمريكية (إستمارة N-560 أو N-561 لوزارة الأمن الوطني DHS)
  + شهادة ميلاد
  + سجلات مستشفى أو عيادة أو طبيب
  + تقرير أو إقرار ولادة مواطن أمريكي في الخارج
  + بطاقة هوية مواطن أمريكي، أو أوراق تبني، أو سجل عسكري

إثبات صلة القرابة بما يلي: (شهادة ميلاد، وثيقة زواج، أوامر محكمة، إلخ.)

* + زوج/زوجة/شريك/ولي أمر آخر؛
  + أخ/أخت؛
  + أطفال آخرين قد إستلموا المساعدة بسبب كفالة أو ولادة

إثبات الدخل – على الأقل أحد ما يلي لكل من الوالدين/ولي الأمر

* + وصولات شيكات الأجر خلال أحدث 8 أسابيع لكل أحد الوالدين/ولي الأمر/أحد الزوجين الموظف.
  + كشف رب العمل على أوراق الشركة الرسمية (إذا في غضون ثمانية أسابيع من العمل أو إذا كانت الساعات أو الأجور قد تغيرت قبل أقل من 8 أسابيع)
  + إستمارة 1040 الفدرالية (تستخدم أحدث سنة فقط لإثبات العمل الحر)
  + خطابات قبول
  + إستمارة إبلاغ وإثبات العمل الحر HS-3177

إثبات إعالة الطفل (أمر محكمة، سجلات دفع)

إثبات حضور/إلتحاق في مدرسة/جامعة – أحد الوالدين (أو كلاهما)، ولي (أولياء) الأمر، أحد الوالدين القاصر (أو كلاهما)

* + جدول دروس حالي لكل فصل/ربع – يجب إثبات التسجيل والحضور

أي إثبات (إثباتات) أخرى مطلوبة بناءً على طلب تحديد الأهلية.

**2. أرقام الضمان الإجتماعي غير إلزامية لتقديم إستمارة طلب مساعدة في دفع كلفة رعاية طفل، إلا أنه قد يتم طلب هذه المعلومات عند تحديد الأهلية.**

3. تعريف عبارة "طفل ذو إعاقة" حسب "مكتب إدارة رعاية الطفل" [**Office of Child Care Administration**]

تشمل عبارة "طفل ذو إعاقة":

(أ) طفل ذو إعاقة، حسب التعريف في الفقرة 602 من "قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات" [Individuals with Disabilities Education Act] (20 U.S.C. 1401)؛

(ب) طفل يكون مؤهلاً لخدمات التدخل المبكر بموجب القسم (ج) من "قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات" (20 U.S.C. 1431 et seq.)؛

(ج) طفل يكون دون 13 سن من العمر ويكون مؤهلاً للخدمات بموجب الفقرة 504 من "قانون إعادة التأهيل" [Rehabilitation Act] لعام 1973؛ (29 U.S.C. 794)؛ و

(د) طفل ذو إعاقة، حسب تعريف الولاية.

**4. تعريف عبارة "مشرد بدون مسكن" حسب "مكتب إدارة رعاية الطفل"** "الأطفال والشباب المشردون بدون مسكن" -

(أ) تعني الأفراد المفتقرين لمسكن ليلي ثابت ومنتظم وملائم؛ و

(ب) تشمل -

(أولاً) الأطفال والشباب الذين يتقاسمون مسكن أشخاص آخرين بسبب فقدان مسكن أو مصاعب مالية أو لسبب مماثل؛ أو يقيمون في موتيلات أو فنادق أو أحياء المنازل المقطورة، أو مناطق التخييم بسبب الإفتقار لتسهيلات ملائمة بديلة؛ أو يعيشون في ملاجئ طارئة أو إنتقالية؛ أو تم التخلي عنهم في مستشفيات؛ أو ينتظرون وضعهم في رعاية مكفولة؛

(ثانياً) الأطفال والشباب ذوي المسكن الليلي الرئيسي في مكان عام أو خاص غير مصمم أو مستخدم عادةً كمكان عادي ينام فيه البشر؛

(ثالثاً) الأطفال والشباب الذين يقيمون في سيارات، أو حدائق، أو أماكن عامة، أو مباني مهجورة، أو مساكن دون المستوى المعياري، أو محطات باص أو قطار، أو ما يشابهها من أماكن؛ و

(رابعاً) الأطفال النازحين (حسب تعريف هذه العبارة في الفقرة 1309 من "قانون التعليم الإبتدائي والثانوي" [Elementary and Secondary Education Act] لعام 1965) المؤهلين على أساس أنهم مشردون بدون مسكن لأغراض هذه الفقرة الفرعية لأن الأطفال يعيشون في ظروف موصوفة في الفقرات (أولاً) حتى (ثالثاً).

# 5. تعريف عبارة "عسكري"- حسب "مكتب إدارة رعاية الطفل"

لقد إتخذت الإدارة عدداً من الإجراءات لزيادة الخدمات والدعائم لأفراد الجيش وأسرهم. إننا نقترح إضافة عنصر جديد للبيانات إلى إستمارة ACF-801 لتحديد وضع الأسرة المتعلق بالخدمة العسكرية. وسيحدد هذا العنصر ما إن كان أحد الوالدين حالياً في الخدمة الناشطة (أي الخدمة بدوام كامل) في الجيش الأمريكي أو كان فرداً من وحدة الحرس الوطني أو وحدة الإحتياطي العسكري. وستسمح هذه البيانات للولايات و"مكتب رعاية الطفل" [Office of Child Care] (OCC) بتحديد مدى وصول الأسر العسكرية إلى برنامج "صندوق رعاية الطفل والتنمية" [Child Care and Development Fund] (CCDF).

|  |  |
| --- | --- |
|  | دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية  إستمارة طلب المساعدة في دفع كلفة  رعاية الطفل/برنامج **SMART STEPS** |

**لا تعتبر الإستمارات مستكملة إلا بعد تزويد كافة الإثباتات الإلزامية المدرجة على الصفحة السابقة.**

**ضع إشارة فقط إذا كنت بحاجة إلى مساعدة على تزويد إثباتات.**

اللغة الرئيسية (ضع إشارة في مربع واحد)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 01 الإنجليزية | 02 الإسبانية | 03 لغات الشعوب الأصلية في أمريكا الوسطى والجنوبية والمكسيك | 04 اللغة الكاريبية |
| 05 لغات الشرق الأوسط وآسيا الجنوبية | 06 اللغات الآسيوية الشرقية | 07 لغات الشعوب الأصلية في أمريكا الشمالية/ ألاسكا | 08لغات جزر المحيط الهادئ |
| 09اللغات الأوروبية والسلافية | 10 اللغات الافريقية | 11 غير ذلك | 12 غير محددة |

|  |  |
| --- | --- |
| ساعات الرعاية المطلوبة: | الساعات الإعتيادية من        صباحاً  بعد الظهر حتى        صباحاً  بعد الظهر |
|  | الساعات غير الإعتيادية من        صباحاً  بعد الظهر حتى        صباحاً  بعد الظهر |

إسم مقدم الطلب: الأخير: الأول: حرف الإسم الأوسط:

(يرجى الكتابة بحروف كبيرة واضحة)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رقم الضمان الإجتماعي:      -     - | | الوضع العائلي: (ضع إشارة في مربع واحد) | | | |
|  |  | أعزب/عزباء | متزوج/متزوجة | منفصل/منفصلة | أرمل/أرملة |
|  |  | الجنس: | ذكر | أنثى |  |
|  |  | العرق: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| تاريخ الولادة:      /     / | |  |  | |  |

الخدمة العسكرية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ناشطة: | نعم  لا | تاريخ الخدمة:      /     / |
|  |  |  |
| إحتياط ناشط: | نعم  لا | الموقع/الخدمة: |

إسم الزوج/الزوجة/أحد الوالدين/الشريك الآخر: الأخير: الأول: حرف الإسم الأوسط:

(إن كان يعيش في البيت) **(يرجى الكتابة بحروف كبيرة واضحة)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رقم الضمان الإجتماعي:      -     - | | الوضع العائلي: (ضع إشارة في مربع واحد) | | | |
|  |  | أعزب/عزباء | متزوج/متزوجة | منفصل/منفصلة | أرمل/أرملة |
|  |  | الجنس: | ذكر | أنثى |  |
|  |  | العرق: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| تاريخ الولادة:      /     / | |  |  | |  |

في حالة التشرد بدون مسكن\* (التعريف في الصفحة 1) ضع إشارة هنا

العنوان:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان الشارع: | | رقم الشقة: |
| المدينة: | الولاية: الرمز البريدي:  المقاطعة: | |
| البريد الإلكتروني:    وسيلة الإتصال المفضلة هي البريد الإلكتروني. | هاتف المنزل:      -     - | الجوّال:      -     - |
| ضع إشارة فقط إذا كنت بحاجة إلى عدم إختيار الإتصال عبر البريد الإلكتروني |  |  |
| إسم جهة الإتصال البديلة:       هاتف جهة الإتصال البديلة:      -     - | | |

# الأطفال المحتاجون لرعاية طفل:

هل ولد جميع الأطفال المحتاجون للرعاية في ولاية تينيسي؟ نعم  لا

إسم الطفل

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | تاريخ الولادة | الجنس | صلة القرابة |
| /     / | ذكر  أنثى |  |
| العرق | رقم الضمان الإجتماعي (خياري)       /     / | هل لدى الطفل إعاقة؟ (التعريف على الصفحة 1)  نعم  لا | | |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | تاريخ الولادة | الجنس | صلة القرابة |
| /     / | ذكر  أنثى |  |
| العرق | رقم الضمان الإجتماعي (خياري)       /     / | هل لدى الطفل إعاقة؟ (التعريف على الصفحة 1)  نعم  لا | | |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | تاريخ الولادة | الجنس | صلة القرابة |
| /     / | ذكر  أنثى |  |
| العرق | رقم الضمان الإجتماعي (خياري)       /     / | هل لدى الطفل إعاقة؟ (التعريف على الصفحة 1)  نعم  لا | | |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | تاريخ الولادة | الجنس | صلة القرابة |
| /     / | ذكر  أنثى |  |
| العرق | رقم الضمان الإجتماعي (خياري)       /     / | هل لدى الطفل إعاقة؟ (التعريف على الصفحة 1)  نعم  لا | | |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | تاريخ الولادة | الجنس | صلة القرابة |
| /     / | ذكر  أنثى |  |
| العرق | رقم الضمان الإجتماعي (خياري)       /     / | هل لدى الطفل إعاقة؟ (التعريف على الصفحة 1)  نعم  لا | | |

**أفراد الأسرة الآخرون بمن فيهم الأطفال غير المحتاجين لرعاية الطفل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الإسم الأخير | الإسم الأول | الحرف الأوسط | صلة القرابة | تاريخ الولادة | رقم الضمان الإجتماعي |
|  |  |  |  | /     / | -     - |
|  |  |  |  | /     / | -     - |
|  |  |  |  | /     / | -     - |

سيرة العمل:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | | | | |
| إسم رب العمل: | | | | | |
| العنوان: | | | | رقم العمل      -     - | |
| تردد الدفع: (ضع إشارة في مربع واحد) | أسبوعياً | كل أسبوعين | مرتان بالشهر | | شهرياً |
| الأجر بالساعة: $      الساعات بالأسبوع: | | | | | |
|  | | | | | |
| 2. | | | | | |
| إسم رب العمل: | | | | | |
| العنوان: | | | | رقم العمل      -     - | |
| تردد الدفع: (ضع إشارة في مربع واحد) | أسبوعياً | كل أسبوعين | مرتان بالشهر | | شهرياً |
| الأجر بالساعة: $      الساعات بالأسبوع: | | | | | |
|  | | | | | |

الوضع العلمي:

|  |  |
| --- | --- |
| مقدم الطلب | يرتادها حالياً؟  نعم  لا |
| (ضع إشارة في مربع واحد) | إذا نعم، مكان الإرتياد: |
| مدرسة ثانوية | الساعات الدراسية المعتمدة: |
| كلية/جامعة | إذا لا يرتادها حالياً، الدرجة/الإجازة/الشهادة/الدبلوم المكتسب: |
| مدرسة تقنية |  |
| غير ذلك |  |
|  |  |
| أحد الزوجين/أحد الوالدين الآخر/الشريك | يرتادها حالياً؟  نعم  لا |
| (ضع إشارة في مربع واحد) | إذا نعم، مكان الإرتياد: |
| مدرسة ثانوية | الساعات الدراسية المعتمدة: |
| كلية/جامعة | إذا لا يرتادها حالياً، الدرجة/الإجازة/الشهادة/الدبلوم المكتسب: |
| مدرسة تقنية |  |
| غير ذلك |  |

الدخل الآخر:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| النوع | المبلغ الشهري | من يستلم | المبلغ الشهري | من يستلم |
| إعالة طفل | $ |  | $ |  |
| نفقة زوجية | $ |  | $ |  |
| ضمان إجتماعي/SSI | $ |  | $ |  |
| معاش تقاعد عسكري سابق | $ |  | $ |  |
| بطالة | $ |  | $ |  |
| عمل حر – غير مزارع | $ |  | $ |  |
| عمل حر - مزارع | $ |  | $ |  |
| جيش | $ |  | $ |  |
| غير ذلك (يرجى التحديد) | $ |  | $ |  |

\* برنامج **Books from Birth (Imagination Library)**: أفهم أني من خلال تقديم طلب للمساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل، إني أصرح لـ"دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية" [**Tennessee Department of Human Services**] بإلحاق طفلي (أطفالي) المؤهل من حيث سنه (سن الولادة حتى 5 سنوات) في برنامج **Books from Birth**. كما أفهم أن عند الإلتحاق، سيحصل طفلي (أطفالي) على كتاب مجاني لائق لسنه كل شهر عبر البريد حتى يبلغ طفلي 5 سنوات من العمر. وأوافق على تقاسم معلوماتي مع موظفي مؤسسة **Books from Birth Foundation** وشركائها بهدف إلحاق طفلي في برنامج **Books from Birth**.

\*\* إقرار المشارك: أشهد أن المعلومات أعلاه صادقة وصحيحة. كما أفهم إلتزامي بكشف وتزويد إثباتات أي تغييرات في دخل الأسرة وحجمها في غضون عشرة (10) أيام تقويمية وإبلاغ دائرة **DHS** فوراً إذا تم إخراج الطفل من رعاية مؤسسة أو نقله إلى مؤسسة أخرى. ولقد تم الإطلاع حقي في إستئناف القرار المتعلق بالخدمات وفقرات الحقوق والمسؤوليات أدناه. كما أفهم إني إذا تعمدت الإمتناع عن إعطاء أي معلومات أو تعمدت إعطاء معلومات خاطئة أو أسأت وصف ظروف أي شخص تكون الخدمات مطلوبة له وإستلمت بموجب ذلك خدمات لا أستحقها، فسأخضع لمحاكمة القضاء الجنائي الصادرة لولاية تينيسي.

**أصرح أن ليست لدي أي ممتلكات تتجاوز 1,000,000.00$.** الكشف عن المعلومات: أفهم أيضاً وأوافق على التعاون إن طلب ممثل من دائرة الخدمات الإنسانية إثباتاً للدخل وحجم الأسرة.

إذن الإتصال بي:

أوافق على أنه يمكن لدائرة **TDHS** الإتصال بي عبر البريد الأمريكي وعبر الهاتف على العنوان والأرقام المذكورة على إستمارة طلبي، وترك رسائل عندما أكون غير متوفر، حسبما يكون ذلك لازماً لتزويد المعلومات عن طلبي للمساعدة /الخدمات أو المساعدة/ الخدمات التي أحصل عليها.

توقيع المشارك أو الممثل: التاريخ:

صلة الممثل بالمشارك:

الحقوق والمسؤوليات

يرجى مراجعة ما يلي من ضوابط و/أو سياسات و/أو شروط هامة ستنطبق على المشاركين في برنامج "المساعدة في دفع كلفة رعاية الأطفال" [Child Care Payment Assistance] لـ"برنامج إعتماد رعاية الأطفال" [Child Care Certificate Program] لـ"دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية" [Tennessee Department of Human Services] (TDHS) .

1. أنت مسؤول عن أي إخطار مرسل إلى العنوان غير الصحيح بسبب التخلف عن الإبلاغ عن تغيير عنوان لبرنامج إعتماد رعاية الأطفال.
2. يفرض جميع مقدمي رعاية الطفل سياسات على جميع الأسر التي تلحق أطفالاً في برنامجها. وأنت مسؤول عن إتباع تلك السياسات.
3. سيساعدك اخصائي دائرة TDHS لرعاية الطفل على فهم خياراتك وإختياراتك والمعلومات لإختيار مقدم رعاية طفل لكنه لن يؤثر على ما تختاره. ويمكنك إختيار أي مقدم رعاية طفل معتمد وملتحق في برنامج إعتماد رعاية الطفل لدائرة TDHS. وإذا إخترت مقدم رعاية طفل غير ملتحق ببرنامج إعتماد رعاية الطفل لدائرة TDHS، فعلى هذا المقدم المحتمل لرعاية لطفل أن يتلحق ببرنامج إعتماد رعاية الطفل لدائرة TDHS وأن يستوفي كافة الشروط قبل إستلام مقدم رعاية الطفلة لدفعة مالية. وقد يسبب هذا الإختيار تأخيراً في الحصول على رعاية طفلك/أطفالك وقد تكون مسؤولاً عن أي رسوم يفرضها مقدم رعاية الطفل قبل تاريخ موافقة دائرة TDHS.
4. يمكنك الإطلاع على معلومات عن مقدمي رعاية الطفل على موقع إنترنت خدمات رعاية الطفل على العنوان: **http/tn.gov/human services/topic/child-care-services**، والذي يشمل معلومات عن نظام العثور على مقدم رعاية طفل، و"نظام تقييم الجودة وتحسينها" [Quality Rating & Improvement System] (QRIS) وبرنامج Safe Sleep وإختيار رعاية جيدة، وفحوص تنمية، وبرنامج Kidcentral، وغيره من الموارد المفيدة لتوعية المستهلك.
5. من المسموح لك أن تقوم مرة واحدة (1) بالسنة بتغيير مقدم رعاية طفل بدون الخضوع لأسئلة. ومن الهام وجود إستمرارية للرعاية من أجل نمو وتنمية طفلك/أطفالك. ومن الهام أن يكون طفلك/أطفالك في بيئة إيجابية ومستقرة وغنية من حيث التنمية. ولذلك، بعد مرة واحدة (1) من التغيير، ستتم معاينة طلبات التغيير التالية على أساس كل حالة فردية قبل الرفض أو القبول.
6. ستدفع دائرة TDHS لمقدم رعاية طفلك رسوماً معقولة لتسجيل كل طفل مؤهل، بما في ذلك الإلتحاق الأولي والإلتحاق السنوي بعد ذلك، إن إنطبق ذلك. ومن المسموح لك أن تقوم بتغيير واحد خلال مدة الأهلية إذا كان ذلك ضرورياً وسيتم دفع رسم التسجيل لهذا التغيير فقط. وأنت مسؤول عن دفع أي رسوم تسجيل أخرى لهذا التغيير حتى في حال وجود سبب وجيه. وعليك أن تدفع كاملاً أي رسوم محددة لك قبل تغيير مقدم رعاية طفلك، إذ قد يؤدي التخلف عن دفع أي رسوم مستحقة إلى إجراءات تحصيل على يد مقدم رعاية الطفل.
7. عليك أن تبلغ مقدم رعاية طفلك عندما سيغيب طفلك. وستظل مسؤولاً عن دفع أي رسم ولي أمر وفرق الكلفة، إن إنطبق ذلك، أثناء غياب طفلك.
8. عليك أن تبلغ اخصائي رعاية طفلك قبل، ولكن ليس بعد، اليوم الذي تنوي فيه التوقف عن إرسـال طفلك إلى المقدم الحالي لرعاية الطفل.
9. قد يتم إنهاء إلتحاق طفلك بالمقدم المختار لرعاية الطفل بعد عشرين (20) يوماً متتالياً من الغياب. وإن كان طفلك يعاني من مرض خطير يستلزم الغياب لمدة أكثر من عشرين (20) يوماً متتالياً، فعليك الإتصال باخصائي رعاية طفلك.
10. قد يكون لديك مقدم آخر لرعاية طفلك (أطفالك) إن كان المقدم الإعتيادي لرعاية الطفل مقفلاً؛ بما في ذلك الأيام التي يكون فيها مقدم رعاية الطفل مقفلاً للعطل الرسمية. وعليك الإتصال باخصائي رعاية الطفل قبل ما لا يقل عن ثلاثة (3) أيام تقويمية من إحتياجك لرعاية بديلة لطفلك لإتخاذ التدابير اللازمة.
11. أنت مسؤول مالياً عن دفع كامل كلفة رعاية الطفل التي يفرضها مقدم رعاية الطفل خلال أي أيام لم تكن فيها مؤهلاً للمساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل.
12. إذا كانت لديك أي مخاوف محددة عن ممارسات الصحة والسلامة لمقدم رعاية طفلك، فيمكنك الإبلاغ عن تلك المخاوف للخط الطارئ لرعاية الطفل عبر الإتصال بالرقم1-800-462-8261 .

المعلومات السرية

ستظل كافة المعلومات الشخصية التي جمعناها عنك وعن أسرتك طي الكتمان **ما عدا ما قد يكون إلزامياً بموجب القانون.** وسيناقش اخصائي رعاية طفلك ملف قضيتك فقط مع مؤسسات معتمدة أخرى. ولن تُعطَى أي معلومات شخصية إلى أي مؤسسة أخرى أو أي فرد بدون إذن خطي منك، **ما عدا ما قد يكون إلزامياً بموجب القانون.**

سياسة الإستئناف من خلال عقد جلسة منصفة

لديك حق إستئناف أي إجراء أو قرار تتخذه هذه المؤسسة. وستسمح لك جلسة منصفة بشرح كيف ترى أن الإجراء أو القرار لم يتبع السياسة. وسيقرر مسؤول الجلسة المنصفة إن إتبعت المؤسسة السياسة بشكل صحيح أو لم تتبعها. وعلى الأفراد الراغبين في رفع إستئناف أن يستكملوا ويقدموا "إستمارة طلب الإستئناف الموحد" [**HS-3058 Consolidated Appeal Request Form**] في غضون عشرة (10) أيام تقويمية من إخطار الرفض أو الإنهاء.

وإن طلبت عقد جلسة منصفة في غضون عشرة (10) أيام تقويمية من الإجراء أو القرار، فيمكنك إختيار الحصول على مساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل أثناء عملية الإستئناف. وإن طلبت عقد جلسة منصفة بعد عشرة (10) أيام تقويمية من تاريخ الإجراء أو القرار، فلن يستمر دفع كلفة المساعدة في رعاية الطفل أثناء عملية الإستئناف. وإن إخترت فعلاً الإستمرار في الحصول على مساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل أثناء عملية الجلسة المنصفة وتقرر لاحقاً أنك لم تكن مؤهلاً للمساعدة في دفع الكفلة، فستكون ملزماً بإعادة دفع المبلغ الكامل الذي لم تكن تستحق الحصول عليه من المساعدة في دفع كلفة رعاية الطفل.

لن تخضع لعقوبات أو معاملة غير منصفة على يد اخصائي رعاية طفلك أو أي موظف آخر لبرنامج المساعدة في رعاية الطفل بسبب طلب عقد جلسة منصفة. ويمكنك إحضار صديق أو قريب أو محامي إلى الجلسة المنصفة للتكلم بالنيابة عنك.