

دائرة تينيسي للخدمات الإنسانية
طلب إستئناف موحد



استخدم هذه الإستمارة فقط إذا كنت تريد أن تقدم إستئنافاً (هذا طلب لجلسة). قد يتمكن المكتب المحلي لدائرة DHS في منطقتك من مساعدتك على إستكمال هذه الإستمارة. ويمكنك تقديم هذه الإستمارة لـ "مكتب الكاتب" [Clerk's Office] حيث أن معلومات الإتصال به موجودة في خلف هذه الإستمارة.

الإسم الأول لمقدم الإستئناف	الإسم الأخير لمقدم الإستئناف	رقم (أرقام) الهاتف
عنوان الشارع	المدينة والولاية والرمز البريدي	عنوان البريد الإلكتروني
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن أعلاه)	المدينة والولاية والرمز البريدي	رقم الضمان الإجتماعي

هل ستكون بحاجة إلى مترجم فوري خلال الجلسة؟ نعم لا أي لغة؟ _____
هل أنت بحاجة إلى ترجمة لوثائق؟ نعم لا أي لغة؟ _____

ما هو البرنامج (البرامج) الذي تقدم له إستئنافاً؟

SNAP (Food Stamps) Families First Child Support

Vocational Rehabilitation Tennessee Business Enterprises Child and Adult Care Food Program

Essential Employee Child Care Payment Assistance Child Care (Families First) Child Care (Non-TANF)

Summer Food Program P-EBT

برنامج آخر: _____

هل سيقوم شخص آخر بتمثيلك أو مساعدتك خلال الجلسة؟ نعم لا إذا نعم، أخبرنا من هو.

الإسم الأول والأخير للممثل	مكتب الممثل (إذا إنطبق ذلك)	رقم (أرقام) الهاتف
عنوان الشارع	المدينة والولاية والرمز البريدي	عنوان البريد الإلكتروني
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن أعلاه)	المدينة والولاية والرمز البريدي	صلة الممثل بك

أخبرنا لماذا تقدم إستئنافاً أو ما هو الحدث الذي لا توافق عليه. يمكنك إرفاق صفحات إضافية _____

لقضايا إستئناف برنامج P-EBT، إستكمل هذه الفقرة:

لا أوافق على المبلغ الممنوح أو لم يتم إستلام المخصصات لجميع الأطفال المؤهلين.

يرجى تسجيل معلومات جميع الأطفال أدناه:

الإسم الأول:	الإسم الأوسط:	الإسم الأخير:	تاريخ الولادة	منطقة المدرسة	إسم المدرسة

لقضايا برامج SNAP و Families First و Non-TANF Child Care and Child Support، إستكمل هذه الفقرة:

هل تريد أن تتعدّد جلستك عبر الحضور الشخصي أو عبر الهاتف؟ الحضور الشخصي الهاتف

أريد أن تستمر مخصصاتي حتى إتخاذ قرار الجلسة. وأفهم أنه إذا لم يكن القرار لصالحني، فقد أكون مجبراً على إعادة دفع المخصصات. وأريد أن تستمر المخصصات التالية:

SNAP (Food Stamps) Families First Child Care (Families First) Child Care (Non-TANF)

لا أريد أن تستمر مخصصاتي بانتظار نتيجة قرار الجلسة.

لقضايا إستئناف برنامج **Child Support** ، ما إسم أحد الوالدين الآخر؟

ملاحظة: هذه الإستمارة هي لإستئناف الإجراءات الإدارية. لا يمكن إستخدامها لإستئناف إجراءات إتخذته محكمة.

لقضايا إستئناف برنامج **Vocational Rehabilitation** ، هل تم إجراء مراجعة غير رسمية على يد أحد موظفي برنامج Vocational Rehabilitation؟

نعم لا

لقضايا إستئناف برنامج **Child and Adult Care Food Program** وبرنامج **Summer Food Program**، سيتم تناول إستئنافك عبر مراجعة مكتبية، إلا إذا طلبت بالتحديد عقد جلسة. وتكون بعض قضايا الإستئناف مستلزماً لمراجعة مكتبية. هل تطلب عقد جلسة إذا كان ذلك مطلوباً بموجب القانون؟ نعم لا

ستكمل هذا الجزء إذا كنت تساعد شخصاً آخر على إستكمال هذه الورقة:

الإسم: _____ الهاتف خلال النهار: _____ الهاتف البديل: _____

كيف تعرف الشخص الذي يقدم الإستئناف؟ يرجى وضع إشارة في المربع الملائم: أحد الوالدين

قريب صديق ولي أمر أو وصي شرعي مناصر/محامي ممثل معتمد

طبيب/موظف طبي مترجم فوري/مترجم غير ذلك (يرجى الوصف) _____

التوقيع _____ التاريخ: _____

(مقدم الإستئناف أو الممثل)

ما هي المدة التي لدي لتقديم إستئناف؟ (كافة الأيام التقويمية)

البرنامج	الحد الزمني لتقديم إستئناف	الحد الزمني لتقديم إستئناف وإستمرار المخصصات
SNAP (Food Stamps)	90 يوماً من تاريخ الإخطار	10 أيام من تاريخ الإخطار
P-EBT	10 أيام من تاريخ الإخطار	غير منطبق
Families First	90 يوماً من تاريخ الإخطار	10 أيام من تاريخ الإخطار
Child Care Services (Non-TANF-Families First)	10 أيام من تاريخ الإخطار	10 أيام من تاريخ الإخطار
Child Support	• 20 يوماً من تاريخ إعلان وتسليم الإخطار في مرافعات إلغاء الرخصة • 15 يوماً من تاريخ الإخطار بإجراء إداري لكافة قضايا الإستئناف الأخرى	غير منطبق
Vocational Rehabilitation	30 يوماً من تاريخ الإخطار	تستمر تلقائياً، إلا في حال وجود إحتيال أو طلب المستأنف غير ذلك
Summer Food Program	10 أيام من تاريخ إستلام الإخطار بالإجراء	غير منطبق
Child and Adult Care Food Program	15 يوماً من تاريخ إستلام الإخطار بالإجراء	غير منطبق
Essential Employee Child Care Payment Assistance	10 أيام من تاريخ إستلام الإخطار بالإجراء	غير منطبق

أين أرسل هذه الإستمارة؟ يمكن رفع إستمارات الإستئناف لـ"مكتب الكاتب" [Clerk's Office]، "قسم قضايا الإستئناف والجلسات" [Division of Appeals & Hearings].

الفاكس: (866) 355-6136 أو (615) 248-7013
الهاتف: (866) 787-8209 أو (615) 744-3900

البريد الإلكتروني: AppealsClerksOffice.DHS@tn.gov

البريد: James K. Polk Building, 1ST Floor
ATTN: Appeals Clerk's Office
PO Box 198996
505 Deaderick St.
Nashville, TN 37219-8996

ماذا أفعل لو كانت لدي أسئلة؟

إتصل بالرقم المجاني لمكتب الكاتب على الرقم (866) 787-8209، أو إتصل بالمكتب المحلي لدائرة DHS في منطقتك.

ما هي المشاكل التي يمكنني أن أقدم إستئنافاً في شأنها؟

للإطلاع على قائمة عامة بالمسائل التي يمكن تقديم إستئناف في شأنها، يرجى زيارة "طلبات الجلسات المنصفة بموجب الفقرة 3-5-1240 من مجموعة اللوائح والقوانين لولاية تينيسي" [Tenn. Comp. R. & Regs. 1240-5-3 Fair Hearing Requests] والإستعانة بإخطار إجراء الدائرة لمزيد من المعلومات عن حقوق إستئنافك. <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

للإستعلام عن قضايا إستئناف إعالة الأطفال، يرجى زيارة: <https://www.tn.gov/content/dam/tn/human-services/hs/hs-2997.pdf>

وفقاً للقانون الفدرالي وسياسة "وزارة الزراعة الأمريكية" [U.S. Department of Agriculture (USDA)] و"الوزارة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية" [U.S. Department of Health and Human Services (HHS)]، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. وبموجب "قانون فساتم الطعام" [Food Stamp Act] وسياسة وزارة USDA، يكون التمييز محظوراً أيضاً على أساس الدين أو المعتقدات السياسية. ولرفع شكوى أو طرح أسئلة، إتصل بأحد هذين المكتبيين: HHS Office for Civil Rights, Atlanta Federal Center, Ste 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909؛ (404) 562-7881؛ (404) 562-7886؛ (404) 331-2867 (TDD)؛ (404) 331-2867 (Fالكس)؛ (800) 795-3272؛ Washington, DC 20250-9410؛ (202) 720-6382 (TTY).

كما يمكنك الإتصال بدائرة تينيسي للخدمات الإنسانية على Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243. (615) 313-4700.