|  |
| --- |
| Reconsideration for Student Pandemic EBT (P-EBT) Benefits |

|  |
| --- |
| طلب إعادة النظر للاستحقاقات المصروفة للطالب على بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات بسبب جائحة [فيروس كورونا] (P-EBT).  |
| Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات البشرية لولاية ميشيغان) |
| هذا النموذج صالح لطالب واحد فقط. إذا كان لديكم أكثر من طالب واحد، فعليكم استكمال تعبئة نموذج آخر مثل هذا النموذج لكل طالب من الطلاب. إذا كان لديكم أسئلة حول تعبئة هذا النموذج، فعليكم زيارة الموقع الإلكتروني التالي<www.michigan.gov/PEBT>.  |
| **لم يستلم طفلي الطالب المبلغ المتوقع الحصول عليه للاستحقاقات في P-EBT (بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات بسبب جائحة [فيروس كورونا]). وعليه أطلب منكم إعادة النظر في الاستحقاقات المصروفة على بطاقة P-EBT لطفلي الطالب أو المبلغ الذي سيكون مؤهلاً للحصول عليه.** |
| **القسم الأول** |
| قبل ملء المعلومات الخاصة بطفلكم الطالب أدناه، تأكدوا من صحة العبارات التالية:* تمّ تسجيل طفلي الطالب للحصول على وجبات غداء مجانيّة أو بسعر مخفّض في مدرسته.
* إن ابني طفلي الطالب مسجّل في مدرسة مؤهلة لـ P-EBT. يمكنكم التحقق من هذا:
1. بالذهاب إلى الموقع الإلكتروني التالي [www.michigan.gov/PEBT](http://www.michigan.gov/PEBT).
2. [أنقروا هنا](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.michigan.gov%2FPEBT&data=04%7C01%7CHundleyM%40michigan.gov%7Cd25b25c036d8470329de08d8c86e725f%7Cd5fb7087377742ad966a892ef47225d1%7C0%7C0%7C637479724245336983%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C1000&sdata=igsz224DTMDQJTraOkZoqchwkAqbKFKfyVXNNjXMgFg%3D&reserved=0) للوصول إلى صفحة Pandemic-EBT للاطلاع على قائمة أسماء المدارس المؤهلة لهذا.
3. الاتصال بالمدرسة التي يذهب إليها طفلكم الطالب.
 |
| إدخال التاريخ التي أصبحت المدرسة التي يذهب إليها طفلكم مؤهلة طفلكم الطالب مؤهلة |       |  |
| **إذا كانت هذه العبارات لا تنطبق على طفلكم الطالب، فهذا يعني أن الطالب غير مؤهل.** |
| اسم الطالب(ة) | تاريخ ميلاد الطالب(ة) (شهر/يوم/سنة) |
|       |       |
| الرقم التعريفي للطالب(ة) - يُعطى هذا الرقم إلى الطالب(ة) من المدرسة التي يذهب إليها أو من المنطقة التعليمية التابع لها. إذا لم تتمكنوا من إيجاد الرقم التعريفي، فيمكنكم الاتصال بالمدرسة التي يذهب طفلكم الطالب إليها. يجب عليكم إدراج هذا الرقم. |
|       |
| اسم المنطقة التعليمية والمدرسة - هذا هو اسم المنطقة التعليمية واسم المدرسة التي يداوم فيها طفلكم لحضور الفصل الدراسي أو التي سيداوم فيها لو كان يداوم دراسته بشكل حضور شخصي (وجهاً لوجه) في المدرسة. على سبيل المثال:Lansing Public School District (منطقة لانسينغ التعليمية) (اسم المنطقة التعليمية) Lyons Elementary (اسم المدرسة) |
| اسم المنطقة التعليمية (School District) | اسم المدرسة (School Building) |
|       |       |
| **القسم الثاني** |
| **املؤوا جميع الأشهر** التي تطلبون إعادة النظر فيها. لن يتمّ النظر في الأشهر المقبلة.**انتساب طفلكم الطالب** - في الصفحة التالية، ضعوا علامة X في المربع الذي يوضّح كيف داومَ طفلكم الطالب بالمدرسة **لكل شهر** تطلبون إعادة النظر فيه. * **ضعوا علامة في مربع حضور شخصي** إذا دوام طفلكم الطالب شخصياً (وجهاً لوجه) في مدرسته طوال الشهر باستثناء أيام العطلات الرسمية وعطلات نهاية الأسبوع وأيام المرض.

•• الأيام الكاملة - داومَ الطالب أياماً دراسية كاملة وكان بإمكانه الحصول على وجبة أو وجبات غذائية في المدرسة.•• نصف يوم - داومَ الطالب نصف يوم دراسي ولم يكن بإمكانه الحصول على وجبة أو وجبات غذائية.* **ضعوا علامة في مربع عبر الإنترنت** إذا لم يذهب الطالب إلى داخل مبنى المدرسة. تلقّى الطالب دراسته المدرسية طوال الشهر الدراسي بكامله عن بُعد عبر الإنترنت باستخدام جهاز كومبيوتر أو جهاز لوحي للتواصل مع معلمه وزملائه في الفصل الدراسي.
 |

|  |
| --- |
| * **ضعوا علامة في مربع عبر الإنترنت ومربع حضور شخصي معاً إذا تعلّم الطالب عبر الإنترنت وشخصياً في مبنى مدرسته في ذلك الشهر.**

على سبيل المثال:•• بدأ الطالب الشهر يتلقّى دراسته إمّا شخصياً أو عبر الإنترنت ثم غيّر خلال ذلك الشهر الطريقة التي يتلقّى فيها دراسته إلى الطريقة الأخرى.•• قدمت المدرسة التعليم شخصياً لبضعة أيام وقدمت التعليم عبر الإنترنت في أيام الأخرى. •• خفّضت المدرسة ساعات الحضور الشخصي وقدّمت تعليمات إضافية عبر الإنترنت. |
| الشهر |       |  |
| [ ]  حضور شخصي (اليوم بكامله) | [ ]  حضور شخصي (نصف يوم) | [ ]  عبر الإنترنت | [ ]  عبر الإنترنت وحضور شخصي معاً |
| الشهر |       |  |
| [ ]  حضور شخصي (اليوم بكامله) | [ ]  حضور شخصي (نصف يوم) | [ ]  عبر الإنترنت | [ ]  عبر الإنترنت وحضور شخصي معاً |
| الشهر |       |  |
| [ ]  حضور شخصي (اليوم بكامله) | [ ]  حضور شخصي (نصف يوم) | [ ]  عبر الإنترنت | [ ]  عبر الإنترنت وحضور شخصي معاً |
| الشهر |       |  |
| [ ]  حضور شخصي (اليوم بكامله) | [ ]  حضور شخصي (نصف يوم) | [ ]  عبر الإنترنت | [ ]  عبر الإنترنت وحضور شخصي معاً |
| **القسم الثالث** |
| **وثيقة الإثبات** يجب أن تحصلوا على إثبات من المدرسة التي يذهب إليها طفلكم الطالب بشأن كل شهر تطلبون إعادة النظر به. يجب أن يُرسل هذا الإثبات إليكم من أي موظف بالمدرسة، من قبل أحد المعلمين، أو المرشدين، أو السكرتيرة، أو أي مسؤول آخر من المسؤولين في المدرسة. شخص لديه معرفة كيف داومّ طفلكم الطالب في المدرسة. **إذا لم تقدموا هذا الإثبات، فسيتم رفض إعادة النظر بطلبكم.**يجب أن تتضمن وثيقة الإثبات من المدرسة جميع الأشياء التالية:* اسم الطالب(ة)
* الشهر الذي تطلبون إعادة النظر فيه
* إفادة من المدرسة تبيّن كيف تلقّى طفلكم الطالب تعليمه في ذلك الشهر
* اسم موظف المدرسة الذي قام بتعبئة الوثيقة
* المسمى الوظيفي لموظف المدرسة ورقم هاتفه(ـا)
 |
| بوضعي علامة في المربع أدناه وإرفاقي وثيقة الإثبات من المدرسة وتوقيعي هذه الوثيقة، فإني أبيّن لكم أن طفلي الطالب يستوفي متطلبات الحصول على Pandemic EBT Benefits (الاستحقاقات المصروفة عبر بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات بسبب الجائحة). |
| [ ]  | لقد أرفقت الإثبات من المدرسة التي يذهب إليها طفلي الطالب الذي يبيّن أن طفلي داومَ في الفصول الدراسية للشهر (أو الأشهر) المطلوب النظر فيها. **إذا قمتَ بطلب الاستحقاقات دون إرفاق إثباتكم بالطلب، فسيتم رفض طلبكم.** |
| أحرصوا على قراءة التالي بعناية قبل التوقيع أقسم أنّ كلّ المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. يُعتبر الإدلاء ببيان كاذب احتيالاً أو شهادة زور أو كلاهما.وأفهم أيضاً أن:* إذا كان طفلي داخلاً في أي برنامج من برامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program) و/أو لديه حالة Medicaid (مَديكيد)، فسيتم إرسال استحقاقات P-EBT بالبريد إلى العنوان المسجّل لدى Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان - MDHHS). وإذا لم يكن الأمر كذلك، فسيتمّ إرسالها بالبريد إلى العنوان الذي قدمته المدرسة.
* إذا قام أي شخص باستخدام أي بطاقة EBT بلاستيكية أو استحقاقات إعانة غذائية لا يُسمح له أو لها استخدامها، فإن ذلك الشخص ينتهك القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية ويمكن أن يتلقّى عقوبة كبيرة.
 |

|  |
| --- |
| * يجب تعبئة هذا النموذج بشكل كامل وتوقيعه وإرساله بالبريد إلى:

 MDHHS/SPO PO Box 30800, SUITE 1405 Lansing, MI 48909أو إرسال النموذج بعد تعبئته بشكل كامل عبر البريد إلكتروني إلى MDHHS-PEBT@michigan.gov. |
| **يُعتبر القرار المُتّخذ على طلب إعادة النظر قراراً نهائياً. لا يُسمح طلب جلسة استماع بشأن القرار المتّخذ أو استئنافه.** |
| كتابة الاسم بوضوح | رقم الهاتف |
|       |       |
| التوقيع | التاريخ |
|  |       |
| إذا واجهتم صعوبة في تعبئة هذا النموذج، فيمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني التالي [www.michigan.gov/PEBT](http://www.michigan.gov/PEBT) أو الاتصال هاتفياً بالرقم **833-905-0028.** |
| لن تستثني ادارة الخدمات الصحية والانسانية لولاية ميشيغان أي فرد أو مجموعة من المشاركة في برامجها، رفض المخصصات ، أو بالتمييز ضدهم بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو السن أو الأصل القومي أو اللون أو الطول أو الوزن أو الحالة الاجتماعية أو تحديد الجنس أو التعبير أو التوجه الجنسي أو الاعتبارات الحزبية أو الإعاقة أو المعلومات الوراثية التي لا علاقة لها بأهلية الشخص. |
| **AUTHORITY (السلطة):** Federal 7 CFR. **تعبئة الطلب:** طوعي.**العقوبة:** احتمال عدم القدرة على إصدار استحقاقات P-EBT. |