

نموذج طلب الخدمات المهنية والتوظيف

إدارة ميتشجان للعمل والفرص الاقتصادية
خدمات ميتشجان لإعادة التأهيل

لاستخدام مكتب MRS فقط
تاريخ استلام الطلب

البيانات الشخصية:		
الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
الاسم الذي ترغب في مناداتك به:	الاسم الأخير السابق (إن وجد):	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد:	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ لا أرغب في تعريف نفسي ☐ أفضل عدم الإجابة	
عنوان المراسلة:		
المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
المقاطعة:		
عنوان البريد الإلكتروني:		
الهاتف الأساسي:		
☐ صوتي ☐ الهاتف المخصص للصم والبكم	☐ الفاكس ☐ الجول ☐ هاتف الفيديو	تحويله:
الهاتف الثانوي:		
☐ صوتي ☐ الهاتف المخصص للصم والبكم	☐ الفاكس ☐ الجول ☐ هاتف الفيديو	تحويله:
ما هو العرق/الإثنية (قم بالتأشير على جميع ما ينطبق)		
☐ أبيض ☐ أسود أو أفريقي أمريكي ☐ أسباني أو لاتيني ☐ عربي ☐ آسيوي	☐ هموج ☐ أمريكي هندي أو من أصل ألاسكا ☐ من أصل هاواي أو من جزيرة أخرى بالمحيط الهادئ	
هل تعتبر نفسك متعدد العرق؟		
☐ نعم ☐ لا	هل أنت من قدامى المحاربين؟	
☐ نعم ☐ لا		
هل كنت عميلاً لمكتب MRS في السابق؟		
☐ نعم ☐ لا		
هل تلقيت خدمات التحول قبل التوظيف (Pre-ETS) من مكتب MRS في السابق؟		
☐ نعم ☐ لا		
احتياجاتك		
ما هي اللغة التي تستخدمها معظم الوقت؟		
☐ الإنجليزية ☐ الأسبانية ☐ العربية ☐ لغة الإشارة الأمريكية ☐ أخرى - وضح:		
ما هي اللغة التي تستخدمها للوثائق المطبوعة؟		
☐ الإنجليزية ☐ الأسبانية ☐ العربية ☐ أخرى - وضح:		
هل تحتاج لمترجم فوري، أو طباعة كبيرة، أو نوع آخر من المساعدة للعمل مع MRS؟		
☐ نعم ☐ لا وضح:		
الخصائص		
هل لديك:		
☐ وصي قانوني	☐ نعم ☐ لا	يتطلب الأمر تقديم نسخة من مستندات الوصاية.
☐ رخصة قيادة في ميتشجان	☐ نعم ☐ لا	
☐ بطاقة هوية لولاية ميتشجان	☐ نعم ☐ لا	
☐ تصريح عمل	☐ نعم ☐ لا	
نوع التصريح:		

الخصائص (تابع)			
☐ الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب/ لم يتزوج ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ منفصل ☐ أرمل			
هل أنت ناخب مُسجل؟ ☐ نعم ☐ لا			
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة لا، هل لديك تأشيرة إقامة؟ ☐ نعم ☐ لا			
يُرجى اصطحابها في أول موعد لك			
بيانات الإعاقة			
ما هي إعاقتك البدنية أو الذهنية؟ (أمثلة: الاكتئاب، القلق، تعاطي المخدرات، صعوبات التعلم، اضطراب نقص الانتباه (ADD)، قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD)، الشلل الدماغي، التهاب المفاصل، إلخ).			
هل تؤثر إعاقتك على قدرتك على:			
☐ الوقوف ☐ الرؤية ☐ التركيز ☐ التواصل ☐ أخرى – وضع:	☐ المشي ☐ السماع ☐ التذكر ☐ السيطرة على العواطف	☐ الجلوس ☐ القراءة ☐ التعلم ☐ العمل مع الآخرين	☐ الارتفاع ☐ الكتابة ☐ الفهم
☐ الانحناء ☐ استخدام الأيدي أو الأرجل ☐ التعامل مع الضغوط			
البيانات الأساسية:			
ما هي ترتيبات المعيشة الخاصة بك حالياً؟ ☐ منشأة إصلاحية للبالغين/الشباب ☐ مكان إقامة مجتمعي/منزل مجموعة ☐ منزل في منتصف الطريق ☐ ملجأ/مُشرد ☐ منشأة رعاية عقلية ☐ مستشفى خاص			
ما هي تغطيتك الطبية الحالية؟ (يُرجى تأشير جميع ما ينطبق). ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ قانون الرعاية بأسعار معقولة ☐ بدون			
☐ تأمين خاص من خلال الوظيفة الخاصة ☐ تأمين خاص من وسائل أخرى (مثال: يتم تقديم التأمين من خلال الوالدين أو الزوج). اسم شركة التأمين: ☐ تأمين عام من مصدر آخر. اسم شركة التأمين:			
هل أنت مُسجل حالياً في المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا			
كيف سمعت بشأن MRS (تمت إحالتك من خلال)؟			
الدخل			
ما هو مصدر الدخل الأساسي الخاص بك؟ ☐ الدخل الشخصي (إيرادات الوظيفة، توزيعات فوائد، إيجار، معاش التقاعد بما يشمل معاش الضمان الاجتماعي) ☐ دعم عام (SSI، SSDI، TANF، إلخ). وضع: ☐ الأسرة والأصدقاء ☐ وكالة إعانة خاصة ☐ مؤسسة عامة – مدعومة بالضرائب ☐ تعويضات العمال ☐ جميع المصادر الأخرى (مثل تأمين الإعاقة الخاص والجهات الخيرية الخاصة)			

هل تتلقى:			
(يُرجى التأشير على نعم أو لا وإدخال المبلغ الشهري، إن وجد)			
تأمين الضمان الاجتماعي للإعاقة (SSDI)	☐ نعم (√)	☐ لا (√)	المبلغ الشهري

☐	☐	دخل تأميني إضافي (SSI)
☐	☐	برنامج استقلالية الأسرة (FIP) يُعرف أيضاً بالمُساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
☐	☐	إذا كانت الإجابة نعم، هل ستخرج من برنامج TANF في غضون عامين؟
☐	☐	مُساعدات الإعاقة من الدولة (SDA)، تُعرف أيضاً بالمُساعدات العامة (GA) في بعض المناطق
☐	☐	مزايا تأمين البطالة
☐	☐	إعاقة قدامى المحاربين (VA)
☐	☐	تعويضات العاملين
☐	☐	أنواع أخرى من المُساعدات العامة (أمثلة: المدفوعات الحكومية للتقاعد أو مُساعدات الوراثة، أو مُساعدات الأطفال المُعالين ، .. إلخ).
☐	☐	دخل آخر للإعاقة: ☐ إعاقة طويلة الأجل (LTD) ☐ عدم الخطأ في حوادث السيارات (Auto No-Fault)
☐	☐	دخل غير نقدي – مُساعدات الأغذية (تُعرف أيضاً ببطاقة Bridge)

لقد تلقيت نسخة من الكتيبات أدناه أو الخطوات الستة لخدمات إعادة التأهيل المهني، والمعلومات الواردة في الكتيبات قد تم شرحها لي:

- "حقوقك ومسئولياتك كعميل لـ MRS"
- "كيفية الاستئناف على القرارات الصادرة من إدارة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميتشجان"
- "كيف تحمي MRS بياناتي الشخصية"
- "برنامج مُساعدات العملاء"

الأحرف الأولى لمقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

أفهم أن:

- الهدف من تلقي خدمات إعادة التأهيل المهني هو مساعدتي في الحصول على وظيفة أو الإحتفاظ بوظيفتي.
- يجب أن أكون مؤهلاً للحصول على الخدمات التي أحتاج إليها.
- قد تقوم إدارة الضمان الإجتماعي بتقديم جميع المعلومات اللازمة الى MRS لتحديد أهليتي وللتحقق من هويتي.

التاريخ	توقيع مقدم الطلب
التاريخ	توقيع الوالد أو الوصي القانوني، إن وجد
تمت مراجعة الطلب وتمت مناقشة الحقوق والمسئوليات.	
التاريخ	التوقيع (مستشار MRS)