

**MDHHS-5925, RECONSIDERATION FOR STUDENT PANDEMIC (P-EBT) EBT BENEFITS**  
**طلب إعادة النظر للاستحقاقات المصروفة للطلاب على بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات بسبب جائحة [فيروس كورونا] (P-EBT)**  
**للعام الدراسي 2022-2021**  
Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان)  
(Revised 2-22)

هذا النموذج صالح لطلاب 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: <https://www.michigan.gov/PEBT>.

لقد فات على ابني الطالب/ابنتي الطالبة تناول الوجبات الغذائية التي تم تقديمها خلال اليوم المدرسي لسبب متعلق بـ COVID-19. وعليه أطلب منكم إجراء مراجعة لإعادة النظر في أهلية ابني الطالب/ابنتي الطالبة للحصول على هذه الاستحقاقات أو إعادة النظر في مبلغ الاستحقاقات المصروف له/لها.

**القسم الأول**

قبل ملء المعلومات الخاصة بابتكم الطالب/ابنتكم الطالبة الواردة أدناه، تأكدوا من صحة العبارات التالية:

1. إن ابني/ابنتي الطالبة مسجل في مدرسة مؤهلة لـ P-EBT. يمكنكم التحقق من ذلك عن طريق:

a. زيارة الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.michigan.gov/PEBT>.

b. النقر هنا للوصول إلى صفحة (Pandemic-EBT – <https://www.michigan.gov/PEBT>) للاطلاع على قائمة أسماء المدارس المؤهلة لهذا.

c. الاتصال بالمدرسة التي يذهب إليها ابنتكم الطالب/ابنتكم الطالبة.

2. مدرسة ابني الطالب/ابنتي الطالبة مؤهلة.

يجب إدخال التاريخ الذي أصبحت فيه المدرسة مؤهلة لذلك \_\_\_\_\_

3. تم تسجيل ابني الطالب/ابنتي الطالبة للحصول على وجبات غذائية مجانية أو بسعر مخفض لوجبة الغداء في مدرسته/مدرستها.

يجب إدخال التاريخ الذي حصل فيه ابنتكم الطالب/ابنتكم الطالبة على الموافقة لوجبات غذائية أو بسعر مخفض لوجبة الغداء \_\_\_\_\_

إذا كانت هذه العبارات لا تنطبق على ابنتكم الطالب/ابنتكم الطالبة، فهذا يعني أن الطالب غير مؤهل.

اسم الطالب(ة) \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطالب(ة) (شهر/يوم/سنة) \_\_\_\_\_

العنوان البريدي أو عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

اسم المنطقة التعليمية والمدرسة - هذا هو اسم المنطقة التعليمية واسم المدرسة التي يداوم فيها ابنتكم الطالب/ابنتكم الطالبة لحضور الفصل الدراسي أو التي سيداوم فيها لو كان يداوم الدراسة وجهاً لوجه في المدرسة.

على سبيل المثال:	Lansing Public School District (لانسينغ هو اسم المنطقة التعليمية)
Lyons Elementary (مدرسة ليونز الابتدائية هو اسم مبنى المدرسة)	School District (المنطقة التعليمية)
School Building (المدرسة)	

**القسم الثاني:**

يجب ملء جميع الأشهر التي تطلبون إعادة النظر فيها. لن يتم النظر في الأشهر المقبلة في المستقبل.

بجانب كل شهر الذي تطلبون الالتماس للنظر فيه، يجب إدخال تاريخ أول يوم كامل تعلم فيه الطالب عن بُعد أو كان خارج المدرسة بسبب COVID-19. وبعد ذلك، يجب إدخال مجموع عدد الأيام التي تعلم فيها الطالب عن بُعد أو كان خارج المدرسة بسبب COVID-19. يجب عدم احتساب عطلات نهاية الأسبوع (أيام السبت والأحد) أو العطلات الرسمية أو العطلات المدرسية المبرمج تحديدها. يجب تكرير هذا لكل شهر يُلتَمَس النظر فيه. لن يتم النظر في الأشهر المقبلة في المستقبل.

الشهر	تاريخ أول يوم كامل تعلّم ابنكم الطالب/ابنتكم الطالبة فيه عن بُعد أو كان خارج المدرسة بسبب COVID-19	عدد الأيام في هذا الشهر الذي تعلّم ابنكم الطالب/ابنتكم الطالبة فيها عن بُعد أو كان خارج المدرسة بسبب COVID-19

### القسم الثالث – إثبات صادر من المدرسة

لكل طلب إعادة النظر، يجب أن تحصلوا على إثبات من المدرسة التي يذهب إليها ابنكم الطالب/ابنتكم الطالبة يثبت صحة المعلومات التي تقدمونها. يمكنكم تقديم إثبات بطريقتين:

1. يجوز لإدارة المدرسة أن تملأ قسم For Student Use Only (لاستخدام المدرسة فقط) الوارد أدناه.
1. يمكن للمدرسة أن تقدّم وثيقة إثبات منفصلة عن هذا النموذج تحتوي على المعلومات الضرورية المُدرجة أدناه.

يجب أن يُقدّم هذا الإثبات من قبل أحد موظفي المدرسة الذين لديهم معرفة بكيفية ومتى داوم ابنكم الطالب/ابنتكم الطالبة في المدرسة. يمكن أن يكون ذلك الموظف من أحد المعلمين، أو المرشدين أو السكرتيرة أو أي مسؤول آخر في المدرسة.

### (For School Use Only - لاستخدام المدرسة فقط)

I am certifying that I am an employee of the school in which the student above attended. I attest that the information above, including Free or Reduced Lunch (FRL) status of student, FRL approval date for student, and the dates and number of days absent or learning remotely due to COVID-19 are correct.

School Employee Printed Name

School Employee Signature

School Employee Phone Number or Email Address

School Employee Title

إذا لم يقوم أحد موظفي المدرسة بملء قسم For School Use Only المذكور أعلاه، فيجب تقديم وثيقة إثبات منفصلة تحتوي على المعلومات التالية:

- اسم الطالب(ة)
- كافة المعلومات المُدرجة في قسم For School Use Only بما فيه اسم الموظف، والمسمى الوظيفي، وعنوان البريد الإلكتروني أو الهاتف، والتوقيع.
- بيان يثبت تواريخ وعدد الأيام التي تغيب فيها الطالب بسبب COVID-19 أو التعلّم عن بُعد
- يجب أن تكون وثيقة الإثبات هذه مؤرخة.

أحرصوا على قراءة التالي بكل عناية وتأتي قبل توقيع اسمكم.

بوضعي علامة في المربع أدناه وتوقيع اسمي على هذه الوثيقة، وقيام أحد موظفي المدرسة بملء قسم **For School Use Only** أو إرفاقي وثيقة إثبات أخرى من المدرسة، فإني أثبتت أن ابني الطالب/ابنتي الطالبة يستوفي متطلبات الحصول على Pandemic EBT Benefits (استحقاقات الجائحة المصروفة عبر بطاقة تحويل الاستحقاقات إلكترونياً).

[ لقد قمت بتضمين إثبات من المدرسة التي يذهب إليها ابني الطالب/ابنتي الطالبة يتبنت تغيبه/تغيبيها عن المدرسة بسبب الـ COVID-19. إذا قمت بتقديم طلبكم للحصول على استحقاقات دون توقيع أحد موظفي المدرسة في قسم **For School Use Only** أو لم ترفقوا وثيقة الإثبات بالنموذج المقدم، فسيتم رفض طلبكم.

أقسم أن كل المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. يُعتبر الإدلاء ببيان كاذب احتيالياً و/أو شهادة زور.

وأفهم أيضاً:

- إذا كان طفلي داخلاً (يتلقى الإعانة) في أي برنامج من برامج المساعدة الغذائية (Food Assistance Program) أو حالة Medicaid (المساعدة الطبية، مديكيد)، فسيتم إرسال استحقاقات P-EBT بالبريد إلى العنوان المسجل لدى Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان - MDHHS). سيتم إرسال كافة الإشعارات الأخرى بالبريد إلى العنوان الذي قدمته المدرسة.
- إذا قام أي شخص باستخدام أي بطاقة EBT بلاستيكية أو استحقاقات صادرة عن برنامج مساعدة لا يُسمح له أو لها استخدامها، فإن ذلك الشخص ينتهك القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية ويمكن أن يتلقى عقوبة كبيرة.
- يجب أن تستلم Department (الإدارة) جميع نماذج إعادة النظر في P-EBT بحلول 30 يونيو/حزيران 2022 (06/30/2022) ليتم النظر فيها.
- يجب تعبئة هذا النموذج بشكل كامل وتوقيعه وإرساله بالبريد إلى:  
MDHHS/SPO  
PO Box 30800, SUITE 1405  
Lansing, MI 48909

أو إرسال النموذج بعد تعبئته بشكل كامل عبر البريد الإلكتروني إلى [MDHHS-PEBT@michigan.gov](mailto:MDHHS-PEBT@michigan.gov).

القرار المتخذ بشأن طلب إعادة النظر هذا نهائي. لا يُسمح بطلب عقد جلسة استماع بشأنه أو استئنافه.

رقم الهاتف

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة

التاريخ

التوقيع

إذا واجهتم صعوبة في تعبئة هذا النموذج، فيمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني التالي <https://www.michigan.gov/PEBT> أو الاتصال هاتفياً بالرقم **833-905-0028** للحصول على تعليمات حول كيفية تعبئته.

لن تستبعد Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان) أي شخص أو مجموعة من المشاركة في برامجها أو حرمانه (L) من الاستحقاقات أو التمييز ضده (L) بسبب العرق، أو الجنس، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الاعتبارات الحزبية، أو الإعاقة، أو المعلومات الجينية التي لا يكون لها علاقة بأهلية الشخص للاستحقاقات.

**AUTHORITY** :Federal 7 CFR

تعبئة الطلب: طوعي وعائد لكم كلياً

العقوبة: احتمال عدم القدرة على إصدار استحقاقات P-EBT.