



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

الدليل الموجز للتنازل عن دعوى استرداد التركة بسبب الضائقة

تتنازل هيئة الرعاية الصحية وخدمات الأسرة (HFS) كلياً أو جزئياً عن دعواها المرفوعة على التركة إذا كان الاسترداد سيتسبب في ضائقة شديدة للموصى له بوصية أو الوارث. على أن مقدم طلب التنازل للضائقة لا يستحق التنازل إلا إذا كان وريثاً أو موصى له بوصية (مثبت اسمه في الوصية).

الضائقة الشديدة لا توجد فقط بسبب أن الاسترداد قد يتسبب في حرمان مقدم الطلب من الحصول على الميراث أو أن تنشأ الضائقة نتيجة استخدام طرق تخطيط التركة لتجنب الاسترداد. لذا، لاستكمال النظر في طلب التنازل بسبب الضائقة، يجب تقديم المستندات الثبوتية. وسيرفض طلب التنازل في حال عدم تقديم البيانات المطلوبة.

يجب تقديم طلب منفصل لكل شخص يطلب النظر في ضائقته. ويجب على مقدم طلب التنازل أن يملأ الجزء أو الأجزاء المطلوبة في الطلب ويرسل الطلب مرفقة مع المستندات الثبوتية في خلال مدة أقصاها 60 يوماً تقويمياً من تاريخ "إشعار نية رفع الدعوى على التركة أو استرداد التركة" المرفق مع الطلب. ولن ينظر في أي طلب يرسل بعد انقضاء 60 يوماً من هذا التاريخ.

أما إذا طلبت منك بيانات أخرى بعد تقديم الطلب في المدة المقررة، فيجب تسليم المستند المطلوب في خلال 45 يوماً تقويمياً من تاريخ طلب هذا المستند. وإذا احتاج مقدم الطلب إلى تمديد، فعليه الاتصال بمكتبنا على الرقم 217-785-2711. فإذا لم يتصل بنا مقدم الطلب ليطلب التمديد ولم نستلم المستند المطلوب في خلال 45 يوماً تقويمياً، فلن ينظر في الطلب.

سيخطر مقدم الطلب بخطاب يشرح له القرار المتخذ. فإذا كان القرار هو رفض الطلب، فمقدم الطلب 60 يوماً تقويمياً يقدم خلالها طلباً كتابياً لإعادة النظر في قرار الرفض.

فيما يلي ملخص لشروط التنازل بسبب الضائقة (وفقاً للقانون 89 ILAC 102.210):

1. أن تكون ممتلكات التركة هي موقع عمل العائلة لمدة 12 شهراً على الأقل قبل وفاة المتوفى، وأن تكون هي الأصل الأساسي لدخل الورثة، وأن تكون منتجة لنسبة لا تقل عن 50% من دخل معيشتهم، وأن يتسبب الاسترداد الذي قد تنفذه الولاية في فقدان الورثة لمصدر دخلهم الأساسي، أو ما يلي.
2. أن يصبح الورثة أو يظلون مستحقين للإعانات العامة أو الإعانات الطبية أو كليهما إذا استردت الولاية أموال التركة، أو ما يلي.
3. أن يكون الورثة قادرين على التوقف عن الحصول على الإعانات العامة أو الإعانات الطبية أو كليهما إذا لم تسترد الولاية أموال التركة.

ترسل استمارة الطلب المعبأة، والمستندات الثبوتية، والطلبات الكتابية الخاصة بإعادة النظر في قرار رفض الطلب، بريدياً إلى العنوان التالي:

**Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Collections - Technical Recovery Section
P.O. Box 19174
Springfield, Illinois 62794-9174**