

أبريل 2021

عزيزتي الوالدة حديثة الإنجاب/ الوالد حديث الإنجاب،

تقوم إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك إدارة الصحة في NYC بإصدار شهادة ميلاد طفلك. شهادة الميلاد هي السجل القانوني الدائم لميلاد طفلك وتستخدم باعتبارها دليلاً على عمر طفلك وجنسيته وإثبات أبويه. والمعلومات التي تقدمها هي معلومات مطلوبة بموجب القانون. ما لم تكمل هذا النموذج بشكل صحيح، لا يمكننا إنشاء شهادة ميلاد دقيقة لطفلك.

ويتم جمع معلومات حول تعليمك وعرقك وتدينك وطولك ووزنك قبل الحمل لأغراض الصحة العامة. وتطلب إدارة الصحة بولاية نيويورك (NYS) أسئلة إضافية تحمل عنوان "QI" (تحسين الجودة) من أجل معرفة المزيد عن جودة الرعاية السابقة للولادة التي يتلقاها سكان نيويورك. تحمي قوانين NYC وNYS من الإفصاح غير القانوني عن معلومات شهادة الميلاد لضمان الحفاظ على سرية معلوماتك أنت وطفلك.

- من المهم للغاية أن تقدم معلومات كاملة ودقيقة للأسئلة الواردة في ورقة العمل هذه. يُرجى كتابة جميع المعلومات بأحرف واضحة.
- **يجب** إكمال ورقة العمل باللغة الإنجليزية. إذا لم تكن قادرًا على إكمالها باللغة الإنجليزية بنفسك، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بمسؤول تسجيل الولادة بالمستشفى على _____.
- **يجب** إكمال ورقة العمل المنجزة وإعادتها إلى مسؤول تسجيل الولادة خلال 24 ساعة من ولادة طفلك.

لأغراض تتبع تسجيل الولادات بالمستشفى

ورقة عمل الأم/ولي الأمر – البيانات المجمعة لتسجيل شهادة الميلاد

رقم السجل الطبي للأم/ ولي الأمر:

اسم الأم/ولي الأمر:

رقم السجل الطبي للطفل:

تاريخ ميلاد الطفل:

عدد مواليد هذا الحمل:

في حالة وجود أكثر من مولود، فإن ترتيب ولادة هذا الطفل:

يُرجى كتابة جميع الأسماء بأحرف واضحة تمامًا على النحو الذي ترغب في أن تظهر به الأسماء في شهادة الميلاد. لتغيير هذه المعلومات في المستقبل، سيطلب منك تقديم طلب تصحيح إلى إدارة الصحة.

الطفل

في حالة ولادة أكثر من طفل واحد، فإن ترتيب ولادة هذا الطفل: _____

الاسم الأول للطفل	الاسم الأوسط للطفل	اسم عائلة الطفل	اللاحقة (البح. III, Jr.)
1. ماذا سيكون الاسم القانوني لطفلك؟			
2. هل ترغب في الحصول على بطاقة ورقم ضمان اجتماعي (SSN) من أجل طفلك؟			
<p>ما دمت قد قدمت الاسم الأول واسم العائلة القانونيين لطفلك حديث الولادة، فيمكنك طلب الحصول على SSN من أجل طفلك. ستقوم إدارة الصحة بإرسال الطلب إلى إدارة الضمان الاجتماعي في وقت تقديم الشهادة. إذا لم تطلب هذا الآن، فستحتاج إلى الاتصال بالضمان الاجتماعي مباشرة للحصول على رقم SSN من أجل طفلك. ولن تكون المستشفى ومنشأة الولادة وإدارة الصحة مسؤولة عن تقديم الطلب نيابة عنك.</p>			

الأم/ولي الأمر (الشخص القائم بالإنجاب)

الاسم الأول للأم/ولي الأمر	الاسم الأوسط للأم/ولي الأمر	اسم العائلة القانوني للأم/ولي الأمر	اللاحقة
3. ما هو اسمك القانوني الحالي؟			
الاسم الأول للأم/ولي الأمر	الاسم الأوسط للأم/ولي الأمر	اسم العائلة القانوني للأم/ولي الأمر	اللاحقة
4. ما هو اسمك قبل الزواج؟			
<p>الاسم قبل الزواج هو اسمي القانوني الحالي. <input type="checkbox"/></p>			
تاريخ ميلاد الأم/ولي الأمر	العمر الحالي	النوع الجنسي <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/>	5-7. ما هو تاريخ ميلادك، وعمرك الحالي ونوعك الجنسي؟ يشير "X" إلى نوع جنسي لا يقتصر على الذكورة أو الأنوثة فقط (أي هوية جنسية غير ثنائية).
رقم الضمان الاجتماعي للأم/ولي الأمر	ليس لدي رقم ضمان اجتماعي <input type="checkbox"/>	سيطلب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالأم/ولي الأمر في قسم بيانات الأم/ولي الأمر، إن وجد.	8. ما هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك؟ يلزم القسم 42 USC 405(c) من القانون الفيدرالي (القسم 205c من قانون الضمان الاجتماعي) بتقديم أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالوالدين. ستتاح الأرقام لمكتب المساعدة المؤقتة ومساعدة الإعاقة (Office of Temporary Disability Assistance, OTDA) في NYS من أجل المساعدة في أنشطة إنفاذ إعالة الطفل وإلى دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) من خلال إدارة الضمان الاجتماعي لغرض تحديد الامتثال للخصم الضريبي على الدخل المكتسب.
توقيع الأم/ولي الأمر	يشير توقيعك أدناه إلى أن المعلومات المتعلقة برقم الضمان الاجتماعي الواردة بهذا النموذج هي معلومات صحيحة.	التاريخ	
الشهر	اليوم	السنة	

محل ميلاد الأم/ولي الأمر

البلد	الولاية (إذا لم تكن في الولايات المتحدة، فُيرجى تحديد البلد)	المدينة	9. أين وُلدت؟
عدد سنوات الإقامة بالولايات المتحدة	أو عدد أشهر الإقامة بالولايات المتحدة	إذا كانت أقل من عام واحد:	10. إذا كنت قد وُلدت خارج الولايات المتحدة، فكم من الوقت قد عشت بالولايات المتحدة؟

عنوان الأم/ولي الأمر

عنوان الشارع (لا تقم بإدخال صندوق بريد أو لعناية (c/o))	رقم الشقة	11. أين محل إقامتك المعتاد؟ أين تقع أسرته فعليًا؟		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	البلد	إذا لم يكن في الولايات المتحدة، فُيرجى تحديد العنوان والمدينة والبلد.
هل تعيش في حدود المدينة المحددة أعلاه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
خارج مدينة نيويورك (حدد المقاطعة): _____				
نفس عنواني المعتاد المذكور أعلاه <input type="checkbox"/>				
لا يوجد عنوان بريدي (إذا لم يكن هناك عنوان بريدي، فلن يتم إرسال الشهادة عبر البريد؛ بل ستحتاج إلى استلامها من إدارة الصحة.) <input type="checkbox"/>				
إذا كان العنوان البريدي موجهاً لعناية شخص آخر (c/o)، فُيرجى التوضيح هنا:				
لعناية (الشخص الآخر أو المنظمة/ الوكالة)				
عنوان الشارع (لا يُسمح بصندوق البريد في العناوين البريدية في NYC)				
رقم الشقة	الولاية	الرمز البريدي	البلد	
12. ما هو عنوانك البريدي؟ هذا هو المكان الذي سيتم فيه إرسال شهادة الميلاد عبر البريد. تتاح أول نسخة من شهادة الميلاد مجانًا.				
13. ما هي أرقامك الهاتفية؟				
نهارًا () - () داخلي () - () مساءً				

<input type="checkbox"/> الصف الثامن أو أقل؛ لا شيء <input type="checkbox"/> الصف التاسع إلى الثاني عشر؛ بدون شهادة <input type="checkbox"/> خريج المدرسة الثانوية أو GED <input type="checkbox"/> بعض درجات الاعتماد الجامعية، لكن دون درجة جامعية	<input type="checkbox"/> درجة الزمالة (مثل: AA, AS) <input type="checkbox"/> درجة البكالوريوس (على سبيل المثال، BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> درجة الماجستير (مثل ماجستير الآداب (MA)، ماجستير العلوم (MS)، ماجستير الهندسة (MEng)، ماجستير التربية (MEd)، ماجستير في العمل الاجتماعي (MSW)، ماجستير إدارة الأعمال (MBA) <input type="checkbox"/> الدكتوراه (مثل: EdD, PhD) أو درجة مهنية (مثل: JD, LLB, DVM, DDS, MD)
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
المهنة (مثل: أمين صندوق، أو صراف بالبنك، أو ممرضة أو محام أو ما إلى ذلك)	
المجال (على سبيل المثال: المطاعم، البنوك، الرعاية الصحية، الشؤون القانونية، إلخ.)	
<input type="checkbox"/> من أصل إسباني/لاتيني (على سبيل المثال: مكسيكي، بورتوريكي، كوبي، دومينيكاني، إلخ) يُرجى التحديد: _____	
<input type="checkbox"/> ليس من أصل إسباني/لاتيني (على سبيل المثال: إيطالي، أمريكي أفريقي، هايتي، باكستاني، أوكراني، نيجيري، تايواني، إلخ) يُرجى التحديد: _____	
<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو إفريقي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي أو من سكان الأسكا الأصليين (اسم القبيلة المسجلة أو الرئيسية)	<input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> آسيوي آخر (يُرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> غوامي أو كامورو <input type="checkbox"/> سامواي <input type="checkbox"/> سكان الجزر الأخرى بالمحيط الهادئ (يُرجى التحديد) <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين	

14. **التعليم:** ما أعلى مستوى دراسي قد أكملته في وقت ولادة طفلك؟
 ضع علامة (X) على مربع واحد فقط.

15. هل كانت لديك وظيفة أثناء الحمل؟

16. ما هي مهنتك/وظيفتك الحالية/الأخيرة؟

17. ما المجال الذي تزاو/تزاولين فيه هذه المهنة/الوظيفة؟
 لا تذكر اسم المنشأة التجارية بل اكتب نوع المنشأة التجارية فقط.

18. ما هو أصلك؟

ضع علامة (X) على مربع واحد وحدد أكثر ما تصنف نفسك إليه.

19. ما هو انتمائك العرقي؟

يتم تحديد العرق من قبل مكتب الإحصاء الأمريكي. لا يعتبر الأصل الإسباني/اللاتيني عرقاً وفقاً لمكتب الإحصاء الأمريكي. بالنسبة إلى الأصل الإسباني، يُجى استخدام السؤال 18.
 ضع علامة (X) على جميع ما ينطبق ووضح الإجابة في المكان المشار إليه.

صحة الأم/ولي الأمر

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	20. هل شاركت في برنامج WIC أثناء فترة الحمل هذه؟ (التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	21. كم يبلغ طولك؟ 22. كم كان وزنك قبل الحمل؟ 23. هل دخنت السجائر في الأشهر الثلاثة قبل هذا الحمل أو في أثنائه؟
الطول _____ أقدام _____ بوصة الوزن قبل الحمل _____ رطلاً	<input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، فما هو متوسط عدد السجائر أو العلب التي قمت بتدخينها يومياً خلال الأوقات التالية؟ يُرجى الإجابة أناه. أدخلي 0 إذا كانت الإجابة لا شيء خلال أي من هذه الفترات. الفترة الزمنية قبل حملك بثلاثة أشهر أول ثلاثة أشهر من حملك ثاني ثلاثة أشهر من حملك ثالث ثلاثة أشهر من حملك عدد العلب يوميًا _____ أو عدد السجائر في اليوم _____
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	24. هل تعاطيت الكحول خلال فترة الحمل هذه؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف	a25. هل تعاونت مع رقيقة الولادة (مساعدة ولادة مدربة) خلال فترة الحمل هذه؟ b25. ما اسم رقيقة الولادة والمنظمة الخاصة بها (إن كان منطبقاً)؟ c25. هل كانت رقيقة الولادة حاضرة خلال وقت مخاضك و/أو إنجابك؟
الاسم (الأول، العائلة): _____ المنظمة: _____ لا أعرف <input type="checkbox"/>	
ضع علامة (X) على جميع ما ينطبق. <input type="checkbox"/> نعم، قدمت رقيقة الولادة دعماً شخصياً <input type="checkbox"/> نعم، قدمت رقيقة الولادة دعماً عبر الوسائل الافتراضية (على سبيل المثال: عبر الهاتف، Zoom، FaceTime) <input type="checkbox"/> لا	

تعتبر أسئلة تحسين الجودة (QI) رقم 26 و 27 و 28 و 29 و 30 أسئلة تطوعية وتُطرح فقط من أجل إدارة الصحة في NYS - تتمتع جميع إجابات أسئلة QI بالسرية وتستخدم لأغراض الصحة العامة فقط.

<input type="checkbox"/> لا - يُرجى الانتقال إلى السؤال 27 <input type="checkbox"/> نعم - إن كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة عما يلي: أثناء أي من زيارات رعاية ما قبل الولادة تحدث معك الطبيب أو الممرضة أو غيرهما من العاملين بالرعاية الصحية بشأن أي من الأشياء المذكورة أدناه؟ (a) كيف يمكن أن يؤثر التدخين أثناء الحمل على طفلك؟ (b) كيف يمكن أن يؤثر تعاطي الكحوليات أثناء الحمل على طفلك؟ (c) كيف يمكن أن يؤثر تعاطي المخدرات المحظورة على طفلك؟ (d) كم المدة التي يجب انتظارها قبل ولادة طفل آخر؟	26. (QI) هل تلقيت رعاية ما قبل الولادة (الرعاية الطبية من أجل هذا الحمل) قبل تسجيل دخولك لهذه الولادة؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(e) وسائل تنظيم النسل التي يجب استخدامها بعد حملك؟ (f) ما يجب فعله إذا بدأ مخاضك مبكراً؟ (g) كيفية حماية نفسك من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) (الفيروس المسبب لمرض الإيدز (AIDS))؟ (h) الإساءة الجسدية للنساء من قبل أزواجهن أو شركائهن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
27. (QI) كم عدد المرات الأسبوعية خلال فترة حملك الحالية التي مارست فيها الرياضة لمدة لا تقل عن 30 دقيقة بعيداً عن أنشطتك المعتادة؟	28. (QI) هل عانيت من أي مشاكل في اللثة في أي وقت أثناء الحمل (على سبيل المثال: تورم اللثة أو نزيفها)؟
29. (QI) خلال حملك، هل يمكنك القول بأنك:	30. (QI) بالرجوع إلى ما قبل الحمل مباشرة والتفكير في هذه الفترة، كيف كان شعورك حيال الحمل؟ ضع علامة (X) على مربع واحد فقط.
<input type="checkbox"/> غير مكتئب على الإطلاق <input type="checkbox"/> مكتئب قليلاً <input type="checkbox"/> مكتئب إلى حد ما <input type="checkbox"/> مكتئب جداً ولم أتلق مساعدة <input type="checkbox"/> كنت ترغبين في أن تصبحي حاملاً في وقت أقرب. <input type="checkbox"/> كنت ترغبين في الحمل لاحقاً. <input type="checkbox"/> كنت ترغبين في الوقت آنذاك. <input type="checkbox"/> لم تكوني ترغبين في الحمل آنذاك أو في أي وقت في المستقبل.	ضع علامة (X) على مربع واحد فقط.

إذا كنت ترغبين في ظهور اسم أب الطفل/ ولي أمره على شهادة الميلاد، فيجب عليك تقديم معلومات دقيقة وكاملة على النحو المبين أدناه وإرسال نموذج مكمّل إلى مسؤول تسجيل المواليد بالمستشفى.

9

- 1) إذا كنتما متزوجين، فاسألني المستشفى عما هو ضروري للتأكد من ظهور اسم ولي الأمر الآخر باعتباره ولي الأمر القانوني لطفلك على شهادة الميلاد؛ أو
- 2) في حالة الزواج ووجود أكثر من شخص واحد آخر بصفة ولي الأمر للطفل، فيجب عليك اللجوء إلى محكمة الأسرة لإثبات النسب؛ أو
- 3) في حالة عدم زواجكما ولم يكن الطفل خاضعاً لاتفاقية لتأجير الرحم، فيمكن لكل منكم أنتِ وولي الأمر المزعوم التوقيع على نموذج إقرار إثبات النسب في حضور شاهدين غير ذوي قرابة أو صلة؛ أو
- 4) في حالة عدم تغطية الظروف من خلال ما هو وارد أعلاه، فيُرجى التحدث مع مسؤول تسجيل المواليد بالمستشفى.

معلومات الأب/ولي الأمر للمولود الحي يتم إكمالها بواسطة الأم/ولي الأمر أو الأب/ولي الأمر

الأب/ ولي الأمر

31. ما هو اسم أب/ولي أمر طفلك قبل الزواج الأول للأب/ولي الأمر (الاسم عند الولادة)؟ يُرجى كتابة اسم الأب/ولي الأمر عند الولادة تمامًا على النحو الذي ترغبين في أن تظهر به الأسماء في شهادة الميلاد. لتغيير هذه المعلومات في المستقبل، سيُطلب منك تقديم طلب تصحيح إلى إدارة الصحة.		الاسم الأول للأب/ولي الأمر	الاسم الأوسط للأب/ولي الأمر	اسم عائلة الأب/ولي الأمر	اللاحقة (Jr. ، III ، إلخ.)
32-34. ما هو تاريخ ميلاد الأب/ولي الأمر، وعمره الحالي ونوعه الجنسي؟ يشير الخيار "X" إلى نوع جنسي لا يقتصر على الذكورة أو الأنوثة فقط (أي هوية جنسية غير ثنائية).		تاريخ ميلاد الأب/ولي الأمر	الشهر	اليوم	السنة
35. ما هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالأب/ولي الأمر؟ لزم القسم 42 USC 405(c) من القانون الفيدرالي (القسم 205 من قانون الضمان الاجتماعي) بتقديم أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالوالدين. ستتاح الأرقام لمكتب المساعدة المؤقتة ومساعدة الإعاقة (Office of Temporary Disability Assistance, OTDA) في NYS من أجل المساعدة في أنشطة إنفاذ إعالة الطفل وإلى دائرة الإيرادات الداخلية من خلال إدارة الضمان الاجتماعي لغرض تحديد الامتثال للخصم الضريبي على الدخل المكتسب.		رقم SSN الخاص بالأب/ولي الأمر	لا يمتلك الأب/ولي الأمر رقم SSN إن توقيع الأم/ولي الأمر على الصفحة السابقة يعتبر تأكيدًا على صحة رقم SSN أعلاه.		

محل ميلاد الأب/ولي الأمر

36. أين وُلِدَ الأب/ولي الأمر؟	المدينة	الولاية (إذا لم تكن في الولايات المتحدة، فيُرجى تحديد البلد)	البلد
37. إذا وُلِدَ الأب/ولي الأمر خارج الولايات المتحدة، فكم المدة التي أقامها بالولايات المتحدة؟	عدد سنوات الإقامة بالولايات المتحدة	أو إذا كانت أقل من عام واحد:	عدد أشهر الإقامة بالولايات المتحدة

صفات الأب/ولي الأمر

38. التعليم: ما هو أعلى مستوى دراسي أكمله الأب/ولي الأمر في وقت ولادة طفلك؟ ضع علامة (X) على مربع واحد فقط.	<input type="checkbox"/> الصف الثامن أو أقل؛ لا شيء <input type="checkbox"/> الصف التاسع إلى الثاني عشر، بدون شهادة <input type="checkbox"/> خريج المدرسة الثانوية أو GED <input type="checkbox"/> بعض درجات الاعتماد الجامعية، لكن دون درجة جامعية <input type="checkbox"/> درجة الزمالة (مثل: EdD ، PhD) أو درجة مهنية (مثل: JD ، LLB ، DVM ، DDS ، MD)
39. ماذا كانت الوظيفة/المهنة الحالية أو الأحدث للأب/ولي الأمر؟	المهنة (مثل: أمين صندوق، أو صراف بالبنك، أو ممرضة أو محام أو ما إلى ذلك)
40. ما المجال الذي يزاول فيه هذه المهنة/الوظيفة؟ لا تذكر اسم المنشأة التجارية بل اكتب نوع المنشأة التجارية فقط.	المجال (على سبيل المثال: المطاعم، البنوك، الرعاية الصحية، الشؤون القانونية، إلخ.)
41. ما هو أصل الأب/ولي الأمر؟ ضع علامة (X) على مربع واحد وحدد أكثر ما يصف الأب/ولي الأمر به نفسه.	<input type="checkbox"/> من أصل إسباني/لاتيني (على سبيل المثال: مكسيكي، بورتوريكي، كوبي، دومينيكاني، إلخ.) <input type="checkbox"/> ليس من أصل إسباني/لاتيني (على سبيل المثال: إيطالي، أمريكي أفريقي، هايتي، باكستاني، أوكراني، نيجيري، تايواني، إلخ.) يُرجى التحديد:
42. ما هو الانتماء العرقي للأب/ولي الأمر؟ يتم تحديد العرق من قبل مكتب الإحصاء الأمريكي. لا يعتبر الأصل الإسباني/اللاتيني عرقًا وفقًا لمكتب الإحصاء الأمريكي. بالنسبة إلى الأصل الإسباني/اللاتيني، يُرجى استخدام السؤال 41. ضع علامة (X) على جميع ما ينطبق ووضح الإجابة في المكان المشار إليه.	<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو إفريقي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي أو من سكان الأسكا الأصليين (اسم القبيلة المسجلة أو الرئيسية) <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> آسيوي آخر (يُرجى التحديد) <input type="checkbox"/> غوامي أو كامورو سامواي <input type="checkbox"/> سكان الجزر الأخرى بالمحيط الهادئ (يُرجى التحديد) <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد) <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين