

**FOODSHARE WISCONSIN INCOME CHANGE REPORT**  
**ФОРМА ДЛЯ СООБЩЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В УРОВНЕ ДОХОДА В ПРОГРАММУ**  
**FOODSHARE WISCONSIN**

(Сообщение об изменениях в составе семьи)

(Адресокружного агентства)

Личная информация, позволяющая идентифицировать человека, будет использована только для непосредственного администрирования программы FoodShare Wisconsin.

Ваше имя	Номер дела	Имя сотрудника
----------	------------	----------------

Если общая сумма валового месячного дохода Вашей семьи больше, чем сумма относящегося к Вам лимита, который указан ниже, сообщите об этом сотруднику программы до 10-го числа следующего месяца. Чтобы сообщить об этом изменении, заполните данную форму и отправьте ее либо принесите в офис по адресу, указанному выше, или сообщите об этих изменениях сотруднику офиса лично или по телефону. В некоторых организациях Вас могут просить сообщать о таких изменениях в центр по вопросам изменений (при его наличии в организации), а не сотруднику программы.

Например: с 1 августа Вы начинаете работать на новом месте, где будете получать больше, чем получаете сейчас, и на данный момент 3 человека в Вашей семье получают льготы программы FoodShare. Если общая сумма валового\* месячного дохода Вашей семьи в августе превысит сумму установленного Вам лимита в 1799 долларов, Вы должны сообщить об этом сотруднику программы FoodShare до 10-го сентября.

\*Совокупный доход – это сумма всех видов дохода, полученных всеми членами Вашей семьи **в качестве заработка и из иных источников**, до вычетов (таких, как налоги и удержания).

**МЕСЯЧНЫЙ ЛИМИТ, УСТАНОВЛЕННЫЙ НА 2008 ГОД\***

Количество членов семьи	Лимит месячного дохода	Количество членов семьи	Лимит месячного дохода
1	1127 долларов	6	3077 долларов
2	1517 долларов	7	3467 долларов
3	1907 долларов	8	3857 долларов
4	2297 долларов	9	4427 долларов
5	2687 долларов	10	4637 долларов

\*Эти суммы дохода основаны на федеральном положении об уровне бедности на 2008 год. Они незначительно увеличиваются один раз в год (в октябре).

**ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ДОХОДА  
ДЛЯ ЗАРАБОТКА**

Имя работающего лица		Работодатель	
Ставка долларов в час	Количество часов в неделю	Как часто платится	Дата первого платежа

**ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ДОХОДА, ПОЛУЧАЕМОГО ИЗ ИНЫХ ИСТОЧНИКОВ**

(Примеры доходов, получаемых из иных источников: социальные пособия; пенсионные выплаты; выплаты W-2; пособия, выплачиваемые бастующим; пособия на ребенка и алименты)

Имя лица, получающего доход из иных источников	Дата, когда изменился уровень дохода
Источник дохода	Новая сумма в месяц

**ИСЧИСЛЕНИЕ ДОХОДА**

Используйте это поле, чтобы вычислить сумму общего валового дохода семьи

Число членов семьи \_\_\_\_\_

Совокупный месячный доход-заработок \_\_\_\_\_

Совокупный месячный доход из иных источников + \_\_\_\_\_

Общий совокупный месячный доход = \_\_\_\_\_

Месяц, в котором произошло изменение: \_\_\_\_\_

Общий совокупный месячный доход семьи из указанных выше источников: \_\_\_\_\_ долларов.

Ожидаете ли Вы, что изменения, о которых Вы сообщаете в данной форме, сохранятся в следующем месяце?

Да  Нет

Если Вы ответили «Нет», поясните. (Если Вам недостаточно отводимого ниже места, воспользуйтесь разделом «Другие изменения»)

Вы можете продолжать сообщать о других изменениях, таких как въезд члена семьи в Ваш дом или выезд из него, либо снижение уровня Вашего месячного дохода, однако Вы не обязаны этого делать. Если Вы все же решите сообщить об этих изменениях, обратитесь к сотруднику агентства.

**Расходы:** Мне известно, что расходы, о которых я сообщил, такие, как оплата жилья, коммунальные услуги, уход за детьми, алименты на ребенка или оплата медицинских услуг, могут повлиять на уровень льгот программы FoodShare, получаемых моей семьей. Мне известно, что, не сообщая или не подтверждая расходы, я тем самым отказываюсь получить их возмещение.

**Уменьшение дохода:** Мне известно, что я не обязан сообщать о снижении или потере дохода. Однако я могу получить лучшие льготы от программы FoodShare, если я сообщу об этом. Мне известно, что пока я не сообщу о снижении месячного дохода в моей семье или потере какого-либо из видов дохода, я не буду получать лучшие льготы на продовольственные талоны, которые могли быть получены в этой связи.

#### **ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ ЗА НАРУШЕНИЕ УСЛОВИЙ ПРОГРАММЫ FOODSHARE**

Любой член Вашей семьи, который намеренно нарушит любое из нижеприведенных правил, может быть отстранен от участия в программе FoodShare Wisconsin на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или после первого нарушения, связанного с употреблением, хранением, производством или распространением наркотиков, либо пожизненно после третьего нарушения:

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации для получения или продолжения получения льгот программы FoodShare;
- Обмен, продажа или изменение льгот программы FoodShare;
- Использование льгот программы FoodShare для покупки непродовольственных товаров, таких, как алкоголь или табак; или
- Использование удостоверения или льгот программы FoodShare, принадлежащих другому лицу.

В зависимости от суммы неправильно использованных льгот, нарушитель также может быть оштрафован на сумму до 250 000 долларов, заключен в тюрьму на срок до 20 лет или подвергнут обоим наказаниям. Суд также может отстранить человека от участия в программе еще на 18 месяцев. Вы также будете пожизненно дисквалифицированы, если Вас признают виновным в продаже льгот на продовольственные талоны на сумму 500 долларов или больше. Вы не сможете пользоваться льготами в течение 10 лет, если будет обнаружено, что Вы делали мошеннические заявления и утверждения относительно Вашей личности или места проживания с целью получения нескольких льгот в одно и то же время. Преступники, скрывающиеся от правоохранительных органов и нарушители правил для условно осужденных/досрочно освобожденных не могут участвовать в программе. Лицо также может подлежать дополнительному судебному преследованию в соответствии с другими действующими федеральными законами.

Если Вы намеренно не сообщите о любом увеличении дохода, о котором Вы должны сообщать, или предоставите ложную информацию, Вы можете быть оштрафованы. Вас также могут принудить к возврату сумм незаконно полученных от программы FoodShare льгот. Вы можете быть подвергнуты судебному преследованию или всем трем указанным санкциям одновременно.

Я понимаю, что за сокрытие информации или предоставление ложной информации предусмотрено наказание. Я согласен представить доказательства любых изменений, если меня об этом попросят. Мои ответы, представленные в этой форме, являются правдивыми и полными настолько, насколько мне об этом известно.

#### **ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ**

Если Вы инвалид и нуждаетесь в предоставлении Вам информации в ином формате или в ее переводе на другой язык, пожалуйста, позвоните по телефону (608) 266-3356 или 1-888-701-1251 (телефон для лиц с ослабленным слухом, ТTY).

По вопросам о гражданских правах звоните по телефону (608) 266-9372 или 1-888-701-1251 (телефон для лиц с ослабленным слухом, ТTY). В соответствии с федеральным законом и политикой Департамента сельского хозяйства США, в этой организации запрещена дискриминация на почве расовой и национальной принадлежности, цвета кожи, пола, возраста, вероисповедания, политических убеждений или инвалидности.

Чтобы подать жалобу по поводу возможной дискриминации, обратитесь в Департамент сельского хозяйства США по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или позвоните по телефону 1-800-795-3272 либо (202) 720-6382 (телефон для лиц с ослабленным слухом, ТTY). Департамент сельского хозяйства США является работодателем, предоставляющим равные условия и возможности.

<b>ПОДПИСЬ</b> Участника / Уполномоченного представителя	Дата подписи	Контактный телефон в дневное время:
----------------------------------------------------------	--------------	-------------------------------------

**ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

---