APP

STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Health Care Financing
HCF16019BR (Rev. 12/04)

FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION REGISTRATION
РЕГИСТРАЦИЯ ЗАЯВЛЕНИЙ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОГРАММЫ FOODSHARE В ШТАТЕ ВИСКОНСИН

Если Вы нуждаетесь в услугах переводчика, или Вам необходима иная помощь при заполнении этой формы, обратитесь за помощью в агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. Вы можете уполномочить другого совершеннолетнего оформить Ваше заявление.

Для того, чтобы получить продовольственные талоны, начните процедуру оформления заявления с заполнения информации на этой странице. Укажите Ваше имя, адрес, распишитесь и представьте в местное агентство. Если Вы будете соответствовать условиям, выполнение которых необходимо для получения льгот программы FoodShare, то эти льготы будут предоставлены с того дня, когда заполненная регистрационная форма получена агентством социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации.

Имя		Social Security Number «Номер социального страхования» (необязательно)
Адрес (номер дома, улица, город, штат, индекс)		Дата рождения (необязательно)
ПОДПИСЬ – Заявитель или Полномочный Представитель	Дата Подписи	Телефон (необязательно) ( )

Если Вы нуждаетесь в немедленной помощи или находитесь в экстренной ситуации, Ваши документы могут быть рассмотрены в ускоренном порядке. Чтобы Ваше заявление было рассмотрено в ускоренном порядке, перед тем, как послать это заявление, ответьте на вопросы на обратной стороне этого листа.

Для завершения процедуры оформления Вашего заявления на получение льгот программы FoodShare Вам будет необходимо пройти собеседование с сотрудником программы FoodShare или Social Security Administration. Вас попросят предоставить информацию, необходимую для установления возможности участия Вашей семьи в программе продовольственных талонов. Вас также попросят предоставить документы, подтверждающие такие данные, как Ваша личность, место проживания и месячный доход.

Ваша просьба о получении льгот программы FoodShare будет рассмотрена, как только это будет возможно, но не позднее, чем через 30 дней после того, как она получена Вашим местным агентством. Однако, Ваше заявление может быть рассмотрено в ускоренном порядке, если:

У Вашей семьи имеется не более, чем 100 долларов наличными и на банковских счетах, и ожидается, что Ваша семья в этом месяце получит меньше 150 долларов дохода, ИЛИ общая сумма месячного дохода до уплаты налогов и имеющейся наличности и денежных средств на банковских счетах всех членов семьи меньше месячной суммы оплаты за аренду жилья или взноса по ипотечному кредиту и за коммунальные услуги за этот месяц, ИЛИ в Вашей семье имеется сезонный фермер или мигрирующий работник, который перестал получать доход.

Для того, чтобы агентство могло решить, соответствуете ли Вы квалификационным условиям, необходимым для рассмотрения Вашего заявления на получение льгот программы FoodShare в ускоренном порядке, ответьте на вопросы на обратной стороне этого листа. Если Вы действительно соответствуете квалификационным условиям, необходимым для рассмотрения Вашего заявления на получение льгот в ускоренном порядке, Вы все равно должны закончить процедуру оформления заявления, чтобы иметь возможность получить льготы программы FoodShare в течение семи дней.

Использовали ли Вы виртуальный отборочный инструмент, предоставляемый программой ACCESS перед тем, как подать заявление на участие в программе (FoodShare Wisconsin)? ☐ Да ☐ Нет
ПРИМЕЧАНИЕ: Этот отборочный инструмент не является обязательным. Вы не обязаны использовать этот отборочный инструмент перед тем, как подавать заявление на участие в программе FoodShare Wisconsin. Более подробную информацию о программе ACCESS смотрите на странице 2.

Оторвите эту страницу и пошлите ее в Ваше местное агентство

APP

Отметьте «Да» или «Нет» или напишите ответ:	Да	Нет
Получила ли Ваша семья льготы программы FoodShare в этом месяце?	☐	☐
Является ли кто-либо из членов Вашей семьи мигрирующим или сезонным фермерским работником?	☐	☐
Если «Да», Прекратил ли он/она недавно получать доход?	☐	☐
Получит ли он/она больше 25 долларов дохода на новом месте работы в последующие десять дней?	☐	☐

Какой у Вашей семьи валовый доход в этом месяце?
(Валовый доход – это Ваш доход до налогов и других вычетов) $_____

Какова общая сумма всего имущества Вашей семьи?
(Примерами имущества являются наличные деньги, банковские счета, акции, бонды, IRAs «Личные пенсионные счета», депозитные сертификаты и Keogh plans «Пенсионные планы для самостоятельно занятых лиц») $_____

Общий доход и имущество $_____

Каковы в этом месяце Ваши расходы на получение жилья? $_____
(Примерами расходов на жилье могут служить оплата за аренду или взнос по ипотечному кредиту за квартиру, дом или дом на колесах)

Какова в этом месяце общая сумма Ваших коммунальных платежей? $_____
(Примерами коммунальных услуг могут служить газ, электричество, вода, вывоз мусора и канализационных отходов)

Общие расходы на проживание/коммунальные услуги $_____

ДОСТУП К УСЛУГАМ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ И ПИТАНИЯ ПРОГРАММЫ ELIGIBILITY SUPPORT SERVICES (ACCESS)
Чтобы узнать, соответствуете ли Вы условиям получения услуг программ здоровья и питания, посетите веб сайт штата Wisconsin: www.access.wisconsin.gov.

Использование этого виртуального отборочного инструмента займет у Вас около 15 минут. Мы попросим Вас рассказать нам общие данные о лицах, проживающих в Вашем доме, о деньгах, которые Вы получаете на работе или из других источников, о Ваших расходах на жилье, и о некоторых других счетах. Данные, о которых Вы нам расскажете, останутся конфиденциальными и не будут разглашаться.

После того, как Вы закончите заполнять форму, программа ACCESS сообщит Вам, условиям каких программ здоровья и питания можете соответствовать Вы и лица, проживающие в Вашем доме. Она также объяснит, как подавать заявления на прием в эти программы. Находясь на последней странице, Вы сможете распечатать суммарное изложение всей информации, предоставляемой программой ACCESS. Когда Вы уйдете с сайта, ACCESS не сохранит никакой идентифицирующей информации.

Этот отборочный инструмент не является обязательным. Вы не обязаны использовать этот отборочный инструмент перед тем, как подавать заявление на участие в программе FoodShare Wisconsin.

RESET FORM

Оторвите и сохраните

FoodShare Wisconsin Application – Registration
HCF 16019BR (Rev. 12/04)

FoodShare WISCONSIN

FOODSHARE WISCONSIN APPLICATIONREGISTRATION
РЕГИСТРАЦИЯ ЗАЯВЛЕНИЙ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОГРАММЫ FOODSHARE В ШТАТЕ ВИСКОНСИН

Внимательно прочитайте следующие положения. Спросите о любом положении, которое Вы не понимаете. Храните эту информацию вместе с Вашими важными документами.

ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ FOODSHARE

FoodShare Wisconsin Application «Заявление на получение льгот программы FoodShare в штате Висконсин» является формой заявления, предназначенной только для получения льгот программы FoodShare. Льготы программы FoodShare предназначены для малоимущих семей, чтобы помочь им ежемесячно удовлетворять потребность в пище. Семья обычно состоит из людей, которые живут вместе и разделяют пищу. Сумма льгот программы FoodShare определяется в зависимости от семейного дохода и количества членов семьи. Льготы программы FoodShare выдаются через Wisconsin QUEST card «Карточку ПОЖЕРТВОВАНИЙ Висконсина», которая используется как дебитная карточка в гастрономических магазинах, учавствующих в программе или других продовольственных магазинах - участниках. Эта форма не подходит для заявлений на получение услуг программ Wisconsin Medicaid, BadgerCare, SeniorCare, Child Care или Wisconsin Works (W-2). Если Вас интересует какая-либо из вышеперечисленных программ, Вы должны обратиться в местное агентство социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации или в агентство W-2.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ

Для завершения процедуры оформления Вашего заявления на получение льгот программы FoodShare Вам будет необходимо пройти собеседование с сотрудником программы FoodShare или Social Security Administration. Вас попросят предоставить информацию, необходимую для установления возможности участия Вашей семьи в программе продовольственных талонов. Вас также попросят предоставить документы, подтверждающие такие данные, как:

- Ваша личность
- Адрес (если Вы не являетесь бездомным)
- Валовый месячный доход (до вычета налогов)

Чтобы получить возмещение нижеприведенных расходов, Вы должны показать и привести доказательства для следующих платежей:

- Оплата за аренду жилья или взносы по ипотечному кредиту.
- Сумма коммунальных платежей.
- Расходы на содержание подопечных членов Вашей семьи.
- Алименты на детей.
- Наличные расходы на престарелых или нетрудоспособных членов семьи.

ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Ваша просьба на получение продовольственных талонов будет рассмотрена, как только это будет возможно, но не позднее, чем через 30 дней после того, как она получена Вашим местным агентством. Однако, Ваше заявление может быть рассмотрено в ускоренном порядке, если:

- У Вашей семьи имеется не более, чем 100 долларов наличными и на банковских счетах, и ожидается, что Ваша семья в этом месяце получит меньше 150 долларов дохода, ИЛИ
- Общая сумма месячного дохода до уплаты налогов и имеющейся наличности и денежных средств на банковских счетах всех членов семьи меньше месячной суммы оплаты за аренду жилья или взноса по ипотечному кредиту и за коммунальные услуги за этот месяц, ИЛИ
- В Вашей семье есть мигрирующие или сезонные фермерские работники.

Оторвите и сохраните

Для того, чтобы могло быть принято решение, соответствуете ли Вы квалификационным условиям, необходимым для получения льгот программы FoodShare в течение семи дней, ответьте на вопросы на обратной стороне «Регистрационной формы на получение льгот программы FoodShare в штате Висконсин» и распишитесь на лицевой стороне формы. Представьте заполненную «Регистрационную форму на получение льгот программы FoodShare в штате Висконсин» в Ваше местное агентство.

ПОЛНОМОЧНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Вы имеете право на то, чтобы другой человек представлял Вас и действовал от Вашего имени при процедуре оформления Вашего заявления, получении продовольственных талонов, или использовании льгот программы FoodShare в Ваших интересах. Этот человек будет выступать в роли Вашего «полномочного представителя». Если Вы хотите, чтобы за Вас действовал полномочный представитель, используйте форму «Заверение полномочий представителя участника», чтобы проинформировать местное агентство о том, кто будет Вашим представителем. Для получения такой формы обратитесь в Ваше местное агентство. Если лицо, которое оформляет Ваше заявление, предоставит неправильную информацию, то за эти ошибки ответственность будете нести Вы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ SOCIAL SECURITY NUMBER «НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ»

Персональные идентификационные данные будут использоваться только по прямому назначению, для обеспечения выполнения программы FoodShare Wisconsin.

Указание SSN или обращение с просьбой о его получении является добровольным: однако, лицо, желающее получить льготы на продовольственные талоны, но не указавшее SSN или не обратившееся с просьбой о его получении, не будет соответствовать условиям, необходимым для получения льгот.

Иформация об SSN будет использоваться только для прямых административных целей программы FoodShare Wisconsin. Ваш SSN позволяет сверить Вашу информацию с правительственными агентствами, такими как Internal Revenue Service (IRS) «Налоговая Служба», Social Security Administration (SSA) «Администрация социального обеспечения» и Department of Workforce Development «Департамент социального развития», также, как и с School Lunch Program «Программа школьного обеда». Номера социального страхования также используются для проверки личности и доходов членов семьи через такие источники информации, как работодатели, банки или другие организации.

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Чтобы получать льготы программы FoodShare, люди должны быть гражданами США или иметь удовлетворяющий квалификационным условиям иммиграционный статус, полученный в United States Citizenship and Immigration Service (USCIS) «Службе США по вопросам гражданства и иммиграции». Иммиграционный статус любого человека, обращающегося с просьбой о получении льгот программы FoodShare, будет проверен через USCIS. Информация, полученная от USCIS, может повлиять на возможность получения льгот программы FoodShare Wisconsin и на сумму льгот.

Иммиграционный статус не будет проверяться через USCIS у лиц, не обращающихся за помощью или у тех, кто указывает, что у них нет удовлетворяющего квалификационным условиям иммиграционного статуса, полученного в USCIS. Однако, доход и имущество, принадлежащие этим лицам, могут влиять на возможность получения льгот программы FoodShare Wisconsin и на сумму льгот.

СБОР ИНФОРМАЦИИ

Вопросы, указанные в заявлениии, включая Social Security Number «Номер социального страхования» каждого члена семьи, обращающегося с просьбой о получении льгот, санкционированны согласно поправке 7 U.S.C. 2011-2036 от 1977 года Food Stamp Act «Закона о продовольственных талонах». Информация будет использована для вынесения решения о том, соответствует ли Ваша семья условиям, необходимым для получения льгот или продолжения участия в программе FoodShare Wisconsin. Эта информация будет проверена через компьютерные программы, определяющие соответствие. Эта информация будет также использована для управления программой и наблюдения за соблюдением ее правил.

Эта информация может быть раскрыта другим федеральным агентствам и агентствам штата для официальной проверки, и правоохранительным органам для задержания лиц, находящихся в розыске. Предоставление требуемой информации, включая Social Security Number «Номер социального страхования» каждого члена семьи, является добровольным. Однако, если Social Security Number «Номер социального страхования» не указан, это повлечет за собой отказ в предоставлении льгот программы FoodShare для каждого члена семьи, не предоставившего эти данные. Предоставленный для любого человека Social Security Number «Номер социального страхования» будет использоваться и раскрываться таким же образом, как Social Security Numbers «Номера социального страхования» членов семьи, соответствующих условиям получения талонов.

Оторвите и сохраните

НЕОБХОДИМОСТЬ ФОРМЫ W-2

FoodShare Wisconsin - это название программы. Вы не должны обращаться за формой W-2 для того, чтобы удовлетворять условиям получения льгот программы FoodShare.

ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В соответствии с Федеральным Законом и политикой United States Department of Agriculture «Министерства сельского хозяйства США», в этой организации (Вашем местном агентстве социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации) запрещена дискриминация на почве расовой и национальной принадлежности, цвета кожи, пола, возраста, вероисповедания, политических убеждений или нетрудоспособности.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, напишите по адресу:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.,
Washington D.C. 20250-9410
Позвоните: (202) 720-5964 (телефон и телекоммуникационное приспособление для глухих)

USDA «Министерство Сельского Хозяйства США» является работодателем , который предоставляет всем равные условия и возможности.

Вы также можете подать жалобу о дискриминации, обратившись по адресу:

Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Телефон: (8) 266-9372; (608) 266-2555 (Телетайп)
Факс: (608) 267-2147

DHFS является работодателем и сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. По вопросам о гражданских правах звоните (608) 266-9372 или (608) 266-2555 (Телетайп).

FAIR HEARING

Вы имеете право попросить Fair Hearing, если Вы не согласны с любыми предпринятыми действиями, касающимися Вашего заявления или предоставленных льгот. Вы можете потребовать Fair Hearing, написав по адресу:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Или позвонив по телефону: (608) 266-7709

Форму «Просьба о Fair Hearing» можно также скачать с вебсайта Department of Administration: http://dha.state.wi.us/home/ .

Вы также можете обратиться, письменно или устно, в свое местное агентство и попросить Fair Hearing.

ТРЕБОВАНИЕ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если Вас признают соответствующим условиям получения льгот программы FoodShare, Вы должны будете сообщать об изменениях Ваших семейных обстоятельств. Вы получите во время собеседования или по почте Change Reporting Form «Форму для сообщения об изменениях», которая объясняет, о каких изменениях Вы должны сообщать. По всем имеющимся у Вас вопросам обращайтесь в свое местное агентство.

Оторвите и сохраните

РЕГИСТРАЦИЯ ДЛЯ РАБОТЫ

Все члены Вашей группы, обращающейся за льготами программы FoodShare Wisconsin, должны зарегистрироваться в программе FoodShare Employment and Training (FSET) «Занятость и обучение при программе продовольственных талонов», если только они не освобождены от участия в этой программе.
Ниже приведен список тех, кто не обязан регистрироваться в FSET:

- Родитель или другой член семьи, ответственный за заботу о ребенке в возрасте до 6 лет или за нетрудоспособное лицо любого возраста.
- Лицо моложе 16 лет или в возрасте 60 лет или старше.
- Участники программ по освобождению от алкогольной или наркотической зависимости.
- Лица, работающие по крайней мере 30 часов в неделю (или получающие недельный доход, в 30 раз превышающий федеральную минимальную почасовую ставку).
- Лица, получающие или подавшие заявление на получение пособия по безработице, или
- Студенты, записанные на учебные программы или поступившие в общепризнанные школы или в высшие учебные заведения.
- Лица, физически или умственно неспособные заниматься работой, что было подтверждено местным агентством.

Если будет решено, что Вы соответствуете условиям, необходимым для получения льгот на продовольственные талоны, Вы получите дополнительную информацию по FoodShare Employment and Training Program «Программе занятости и обучения при программе продовольственных талонов».

ЛЬГОТЫ, ОГРАНИЧЕННЫЕ ПО ВРЕМЕНИ.

Совершеннолетние в возрасте 18 - 49 лет, не живущие с подопечными детьми, могут получить ограниченные по времени льготы программы FoodShare, если только они не соответствуют одному из следующих критериев:

- Работают не меньше 80 часов в месяц;
- Участвуют в программах занятости и учебных программах не менее 20 часов в неделю;
- Работают и участвуют в программах занятости и учебных программах (не менее 20 часов в неделю общего времени);
- Участвуют в программе по нахождению работы;
- Физически или умственно неспособны заниматься работой, что было подтверждено местным агентством;
- Беременны; или
- По другой причине освобождены от участия в FoodShare Employment and Training Program «Программе занятости и обучения при программе продовольственных талонов».

ПОЛУЧЕНИЕ СТУДЕНТАМИ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ

На студентов в возрасте 18 - 49 лет, занятых половину рабочего времени и более в высших учебных заведениях, таких, как университет, технический или производственно-технический колледж, льготы программы FoodShare не распространяются, если только они не соответствуют определенным критериям. Чтобы иметь возможность получать льготы программы FoodShare, студент должен соответствовать одному из нижеуказанных критериев:

- Работать не меньше 20 часов в неделю;
- Быть ответственным за заботу о подопечном ребенке в возрасте до 6 лет;
- Быть ответственным за заботу о подопечном ребенке в возрасте 6-11 лет, если установлено, что другие возможности не могут быть предоставлены.
- Быть родителем-одиночкой, занятым все рабочее время и ответственным за обеспечение ребенка в возрасте до 12 лет;
- Быть участником программы W2;
- Участвовать в финансируемой федеральными властями или властями штата программе по изучению рабочего опыта;
- Участвовать в учебной программе, проводимой на рабочем месте;
- Быть посланным на обучение в рамках авторизованной программы по занятости и обучению; или
- Быть физически или умственно неспособным заниматься работой, что было подтверждено местным агентством;

Оторвите и сохраните

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСУ АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА

Пока Вы получаете льготы программы FoodShare, Вы должны взаимодействовать с агентством по детским пособиям для установления отцовства или для того, чтобы убедиться в получении пособия на ребенка в возрасте до 18 лет или обеспечить его получение в принудительном порядке. Если Вы не будете взаимодействовать с агентством по детским пособиям, Ваши льготы могут быть отменены или сокращены. Если у Вас есть веская причина для того, чтобы не сотрудничать с агентством, Вы можете подать заявление в местное агентство, используя форму Good Cause Claim «Заявление о веской причине» (DES 2019). Может считаться, что у Вас веская причина не сотрудничать, если:

- Существует реальный риск физического или эмоционального вреда для Вас или ребенка в случае, если Вы предоставите информацию агентству по детским пособиям; или
- Ваш ребенок появился на свет в результате инцеста или сексуального насилия; или
- В суд было предоставлено ходатайство об усыновлении/удочерении Вашего ребенка; или
- Вы обсуждаете с агентством, отдавать ли Вашего ребенка на усыновление/удочерение.Вас могут попросить предоставить доказательства, подтверждающее Ваше заявление о веской причине. Примерами доказательств являются:
- Медицинские, судебные документы или документы из правоохранительных органов.
- Письменные свидетельства от таких людей, как друзья, соседи, священники, сотрудники социальных служб и медицинские работники.

Для дополнительной информации о подаче заявления о веской причине, обращайтесь в местное агентство.

Если в отношении Вас было вынесено судебное решение о том, что Вы должны платить алименты на ребенка, не живущего с Вами, Вы должны платить их вовремя, или Вы не сможете получать для себя льготы программы FoodShare.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОВЕРКА

Информация, указанная в Вашем заявлении, будет проверяться через систему штата по проверке дохода и соответствию условиям получения льгот. Если Вы работаете, то указанная Вами ставка зарплаты будет сверена по компьютеру со ставкой, указанной Вашим работодателем в докладе Department of Workforce Development «Департаменту социального развития». Internal Revenue Service «Налоговуюя службу», Social Security Administration (SSA) «Администрацию социального обеспечения», Unemployment Insurance Division «Отдел страхования по безработице» и Child Support Agency « Агентство по детским пособиям» также попросят предоставить информацию относительно Ваших возможных доходов и имущества. Полученная информация может повлиять на возможность получения Вашей семьей льгот программы FoodShare Wisconsin и на сумму льгот.

Если будет выяснено, что Вами предоставлена неправильная информация, Вам будет отказано в получении льгот на продовольственные талоны и/или Вы будете подлежать уголовному наказанию за намеренное предоставление ложной информации. Вы должны будете выплатить сумму всех льгот, полученных Вами вследствие предоставления ложной информации. Если в отношении Вашей семьи будет возбужден иск о неправомерном использовании льгот программы FoodShare Wisconsin, то информация, указанная в этом заявлении, включая Social Security Numbers «Номера социального страхования», может быть передана федеральным агентствам и агентствам штата, также, как и частным агентствам по искам и сбору платежей, для действий по сбору исковых платежей.

КОНТРОЛЬНАЯ ПРОВЕРКА КАЧЕСТВА

Ваше дело по получению льгот от программы FoodShare Wisconsin может быть выбрано для контрольной проверки качества обслуживания. Контрольные проверки качества проводятся, чтобы убедиться, что:

- Лица, получающие льготы, соответствуют условиям их получения.
- Лица, соответствующие условиям получения льгот, не получили отказа в их получении.
- Лица получили правильную сумму льгот.
- Действия агентства соответствуют федеральным требованиям и требованиям штата.

Оторвите и сохраните

Если для проверки выбрано Ваше дело, проверяющий качество обслуживания изучит папку с Вашим делом в офисе агентства и договорится с Вами о личной встрече, обычно в Вашем доме. Проверяющий имеет удостоверение агентства штата. Проверяющий попросит Вас показать документы и бумаги, которые необходимы для подтверждения Вашего соответствия условиям получения льгот, такие, как карточка социального обеспечения, квитанции на аренду, балансы на банковских счетах и приходные ордера. Проверяющий также попросит Вашего письменного разрешения на то, чтобы обратиться за информацией, необходимой для проверки, к другим людям. Вы можете лишиться льгот, если Вы не будете оказывать посильное содействие проверяющему.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ ЗА НАРУШЕНИЕ УСЛОВИЙ ПРОГРАММЫ FOODSHARE

Любой член Вашей семьи, который намеренно нарушает 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, с использованием подконтрольного имущества, или пожизненно после третьего нарушения:

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации для получения или продолжения получения льгот программы FoodShare Wisconsin,
- Торговля или продажа льгот программы FoodShare Wisconsin,
- Использование льгот программы FoodShare для покупки непродовольственных товаров, таких, как алкоголь или табак, или
- Использование льгот программы FoodShare, удостоверений или документов другого человека.

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

Лицо, торгующее льготами программы FoodShare (продающее или покупающее их) для нелегального приобретения наркотических препаратов/наркотиков, будет отстранено от участия в программе на 2 года после первого нарушения и будет пожизненно отстранено после второго нарушения. Лицо, торгующее льготами программы FoodShare (продающее или покупающее их) для приобретения огнестрельного оружия, аммуниции или взрывчатых веществ, будет пожизненно отстранено от участия в программе FoodShare Wisconsin.

Оторвите и сохраните

FoodShare WISCONSIN

ФОРМА, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАЯВЛЕНИЙ НА ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫЕ ТАЛОНЫ В ШТАТЕ ВИСКОНСИН

Эта форма заявления предназначена только для льгот на продовольственные талоны. Эта форма не предназначена для заполнения заявлений в программы Medicaid «Медикейд», Child Care «Социальное обеспечение ребенка» или W-2. Если Вы хотите записаться в другие программы помощи, Вы должны обратиться в свое местное агентство. Эти программы помогают людям или семьям оплатить расходы на медицинское страхование, обеспечение ребенка или найти работу в рамках программы W-2.

Как пользоваться этой формой

1. Ничего не пишите в затемненных разделах формы.
2. Пишите разборчиво печатными буквами. Используйте синие или черные чернила.
3. Заполните заявление полностью.
4. Если Вы нуждаетесь в помощи при заполнении этого заявления, обратитесь в свое местное агентство. Если Вы являетесь инвалидом и нуждаетесь в предоставлении Вам информации в альтернативном формате или в ее переводе на другой язык, пожалуйста, позвоните:
   (608) 266-3356 (телефон) или (608) 266-2555 (телетайп). Услуги по переводу бесплатны.
5. Для завершения процедуры оформления Вашего заявления на получение льгот программы FoodShare, Вам будет необходимо пройти собеседование с сотрудником программы FoodShare по вопросу предоставления льгот или сотрудником Social Security Administration.

РАЗДЕЛ 1 ИНФОРМАЦИЯ ДЕПАРТАМЕНТА СОЦИАЛЬНОГО ИЛИ ГУМАНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ОКРУГА/РЕЗЕРВАЦИИ (Только для использования агенством)
(Agency Use Only)

Agency Name		Date Received
Agency Address (Street, City, State, Zip Code)	Case Name	Case Number

РАЗДЕЛ 2 ЛИЦО, ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Если Вам нужна помощь при заполнении заявления, Вы можете попросить о ней другого человека или поручить полномочному представителю представлять Ваши интересы при оформлении заявления. После этого попросите этого человека ответить на следующие вопросы. Если Вы не нуждаетесь в помощи, переходите к Разделу 3.

Имя лица, заполняющего заявление, если это не лично проситель (Фамилия, Имя, Отчество)	Родственная связь с просителем	Проживаете ли Вы с семьей? ☐ Да ☐ Нет

РАЗДЕЛ 3 - ИНФОРМАЦИЯ ПРОСИТЕЛЯ

Если Вы заполняете заявление для кого-то другого, ответьте на оставшиеся вопросы так, как если бы Вы были этим лицом.

Имя просителя (Фамилия, Имя, Отчество)	Основной язык, на котором говорят в доме:
Адрес проживания (Улица, Город, Штат, Индекс)	Телефон

Почтовый адрес – если отличен от адреса проживания (Улица, Город, Штат, Индекс)

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентств

Раздел 4 - Информация о членах семьи
Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Перечислите имена всех проживающих в Вашем доме. Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Обращается ли этот человек с просьбой о получении льгот программы FoodShare?	Social Security Number «Номер социального страхования» (Только для тех, кто обращается с просьбой о получении талонов)	Дата рождения (MM/DD/YY) (месяц/день/год)	Пол М - мужской Ж -женский	Семейное положение	Является ли гражданином США (Только для тех, кто обращается с просьбой о получении талонов)	Раса или этническая принадлежность (Необязательно)	Родственная связь с просителем	Едите ли Вы вместе с этим человеком?	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком?
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет			☐ М ☐ Ж	☐ Женат ☐ Холост ☐ Разведен	☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентство

Раздел 5 - Информация о студентах
Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Есть ли у Вас кто-нибудь в возрасте от 18 до 49 лет, посещающий учебное заведение? ☐ Да ☐ Нет Если нет, переходите к Разделу 6.	Имя студента (Фамилия, Имя, Отчество)	Название учебного заведения	Способ обучения ☐ Неполный день ☐ Полный день
Работает ли студент не менее 20 часов в неделю? ☐ Да ☐ Нет		Содержит ли студент ребенка в возрасте до 6 лет? ☐ Да ☐ Нет	
Содержит ли студент ребенка в возрасте 6 - 12 лет при отсутствии соответсвующих заведений, предназначенных для ухода за ребенком? ☐ Да ☐ Нет		Является ли студент родителем – одиночкой, содержащим ребенка в возрасте до 12 лет при дневном посещении учебного заведения? ☐ Да ☐ Нет	
Участвует ли студент в финансируемой федеральными властями или властями штата программе приобретения рабочего опыта? ☐ Да ☐ Нет		Способен ли студент работать или неспособен из-за временной или постоянной нетрудоспособности? ☐ Да ☐ Нет	
Посещает ли студент учебное заведение в рамках программ Workforce Investment Act (WIA) «Положение об инвестициях в социальное развитие», Wisconsin Works (W-2) «Производственные предприятия Висконсина» или FoodShare Employment and Training (FSET) «Занятость и обучение при программе продовольственных талонов»? ☐ Да ☐ Нет			

Раздел 6 - **Нефинансовая информация**
Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Беременен ли кто-нибудь из членов Вашей семьи?	☐ Да ☐ Нет	Имя беременной женщины (Фамилия, Имя, Отчество)	Предполагаемая дата родов (месяц/ день/ год)
Есть ли кто-нибудь в семье, временно не способный работать из-за травмы или болезни?	☐ Да ☐ Нет	Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Когда этот человек сможет вернуться к работе?
Есть ли кто-нибудь из членов семьи, кого Social Security Administration (SSA) «Администрация социального обеспечения», Veteran's Administration (VA) «Администрация ветеранов» или Railroad Retirement Board «Железнодорожный совет по вопросу пенсий» признали полностью нетрудоспособным?	☐ Да ☐ Нет	Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата принятия решения о нетрудоспособности (месяц/ день/ год)
Был ли кто-нибудь осужден за наркотики?	☐ Да ☐ Нет	Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата вынесения приговора (месяц/ день/ год)
Является ли кто-либо из членов Вашей семьи преступником, скрывающимся от правоохранительных органов или лицом, нарушающим правила поведения для условно осужденных/ досрочно освобожденнных?	☐ Да ☐ Нет	Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентств

Раздел 7 - Информация об отсутствующем родителе

Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Есть ли у кого-то из детей биологические или приемные отец или мать, не живущие в доме? ☐ Да ☐ Нет (Добавьте второй лист, если требуется больше места).

Имя первого отсутствующего родителя (Фамилия, Имя, Отчество)	Social Security Number «Номер социального страхования»	Дата рождения	Имя/имена ребенка/детей	Родственная связь с ребенком ☐ Мать ☐ Отец

Причина, по которой родитель отсутствует	Дата, когда родитель покинул дом	Дата, когда был последний контакт с родителем	Судебный ордер на развод / отцовство Номер дела Округ Штат

Имя второго отсутствующего родителя (Фамилия, Имя, Отчество)	Social Security Number «Номер социального страхования»	Дата рождения	Имя/имена ребенка/детей	Родственная связь с ребенком ☐ Мать ☐ Отец

Причина, по которой родитель отсутствует	Дата, когда родитель покинул дом	Дата, когда был последний контакт с родителем	Судебный ордер на развод / отцовство Номер дела Округ Штат

Раздел 8 - Имущество

Тем, кто обращается за получением экстренных льгот, требуется заполнить информацию об имуществе.

Перечислите список всего имущества, которым владеет проситель(и). Включите собственность, которой проситель владеет совместно с другим лицом. Не включайте стоимость персональных вещей семьи, если только среди них нет очень дорогих вещей.

Тип	Имя/имена владельцев	Стоимость на данный момент	Описание (например, название банка/финансового учреждения, номер счета)	Имя/имена владельцев	Стоимость на данный момент	Описание (например, название банка/финансового учреждения, номер счета)
Наличность		$			$	
Текущий счет		$			$	
Сберегательный счет		$			$	
Другое (например: акции, бонды, депозитные сертификаты,IRA «Личный пенсионный счет»)		$			$	

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентство

Раздел 9 - Работа

Решение о возможности получения Вами льгот программы FoodShare будет основано на общем доходе членов семьи.

Работает ли кто-нибудь из членов семьи (включая самостоятельную занятость)?
☐ Да ☐ Нет
Если «Да», напишите ответы на нижеуказанные вопросы для каждого из работающих членов семьи.

Является ли кто-нибудь из нижеперечисленных миграционным работником? ☐ Да ☐ Нет

Имя работающего лица	Имя и адрес работодателя	Дата начала работы?	Платежный период (понедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Количество часов в платежный период	олларов в час	Сумма заработка до налогов (валовая) за платежный период

Раздел 10 - Потеря работы

Прекратил ли кто-нибудь недавно работать? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», заполните оставшуюся часть раздела 10.

Имя человека	Имя и адрес работодателя	Дата окончания работы? (месяц/день/год)	Причина окончания работы? (добровольный уход, увольнение, сокращение, переезд)	Обращался ли этот человек за пособием по безработице?
				☐ Да ☐ Нет

Раздел 11 - Доход, не связанный с профессиональной деятельностью

Получает ли кто-нибудь из членов Вашей семьи доход, не связанный с профессиональной деятельностью? ☐ Да ☐ Нет Если Вы ответили«Да», заполните нижеуказанный раздел для каждого типа дохода. Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Тип дохода		Имя	Валовая сумма дохода в месяц	Тип дохода		Имя	Валовая сумма дохода в месяц
Social Security «Социальное обеспечение»	☐ Да ☐ Нет		$	Страхование по нетрудоспособности / болезни	☐ Да ☐ Нет		$
Supplemental Security Income (SSI) «Дополнительная материальная помощь»	☐ Да ☐ Нет		$	Проценты / дивиденды	☐ Да ☐ Нет		$
Алименты / пособие на ребенка	☐ Да ☐ Нет		$	Ветеранские льготы	☐ Да ☐ Нет		$
Компенсациия работникам и компенсация по безработице	☐ Да ☐ Нет		$	Другие виды дохода (опишите)	☐ Да ☐ Нет		$

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентств

Раздел 12 - Расходы

Если требуется больше места для ответа на эти вопросы, используйте чистый лист бумаги или раздел «Примечания» этой формы.

Уход за детьми - платит ли кто-нибудь из членов семьи за уход за детьми или взрослыми, чтобы иметь возможность работать, искать работу, посещать учебное заведение или учиться?	☐ Да ☐ Нет	Кто платит за уход за детьми / взрослыми?	Кому Вы платите?	Кто нуждается в уходе?	Сумма $	Как часто платите? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Алименты на ребенка – обязан ли кто-нибудь из членов Вашей семьи, согласно судебному ордеру, выплачивать алименты на ребенка?	☐ Да ☐ Нет	Кто выплачивает алименты на ребенка?		Кто получает алименты на ребенка?	Сумма $	Как часто платите? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Медицинские расходы – Несет ли кто-нибудь из престарелых или нетрудоспособных членов семьи наличные расходы при оплате медицинских услуг?	☐ Да ☐ Нет	Кому платятся наличные платежи?		Что это за платежи?	Сумма $	Как часто платите? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Расходы на жилье – Несет ли кто-нибудь из членов семьи расходы на жилье? (Платежи за аренду, ипотечный кредит, налоги на собственность и т.п)	☐ Да ☐ Нет	Кто несет расходы?		Что это за расходы?	Сумма $	Как часто платите? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Получаете ли Вы помощь при оплате расходов на жилье? (Раздел 8 или другие виды субсидий муниципального жилого фонда)	☐ Да ☐ Нет					
Расходы на коммунальные услуги – Несет ли кто-нибудь из членов семьи расходы на коммунальные услуги? (Отопление, электричество, вода, телефон и т.п.)	☐ Да ☐ Нет	Кто несет расходы?		Что это за расходы?	Сумма $	Как часто платите? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Получаете ли Вы помощь при оплате расходов на отопление по этому адресу?	☐ Да ☐ Нет	Когда была получена помощь? (месяц/день/год)				

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентство

Раздел 13 - Права и обязанности
Прочитайте и поставьте инициалы у каждого положения:

___ **Беспристрастные разбирательства:** Я понимаю, что имею право потребовать беспристрастного разбирательства для обжалования любых предпринятых действий, касающихся моего заявления или предоставленных льгот, если я не согласен с этими действиями. Я понимаю, что могу потребовать беспристрастного разбирательства, написав по адресу: **Department of Administration, Division of Hearings & Appeals, Box 7875 Madison WI 53708-7875.** Я также могу обратиться, письменно или устно, в офис агентства, в который я обращался за льготами, и попросить беспристрастного разбирательства. Я понимаю, что дополнительную информацию я могу узнать из справочника FoodShare Wisconsin Eligibility and Benefits (PHC 16012).

___ **Права и обязанности:** Я получил раздел «Важная информация» Заявления о приеме в программу FoodShare Wisconsin, который содержит информацию о моих правах и обязанностях.

___ **Докладывать об изменениях:** Я понимаю, что для того, чтобы иметь возможность получать продовольственные талоны на всех членов семьи, я должен сообщать в агентство в течение 10 дней о следующих изменениях: я понимаю, что несообщение об этих изменениях приведет к неправильным льготам, и что суммы, переплаченные вследствие этого, будут с меня вычтены, и что это также может привести к наказанию за мошенничество, которое является уголовным преступлением.

___ **Расходы:** Я понимаю, что расходы, о которых я сообщил, такие, как оплата за жилье, коммунальные услуги, уход за детьми, алименты на ребенка или оплата медицинских услуг, могут повлиять на уровень льгот программы FoodShare, получаемых моей семьей. Я понимаю, что не сообщив или не подтвердив расходы, я тем самым отказываюсь получить возмещение за них.

___ **Уменьшение дохода:** Я понимаю, что я не обязан сообщать об уменьшении или потере дохода; однако, я могу получить более высокие льготы программы FoodShare, если я сообщу об этом. Я понимаю, что пока я не сообщу о сокращении месячного дохода в моей семье или потере какого-нибудь из видов дохода, я не буду получать более высокие льготы программы FoodShare, которые могли бы быть получены вследствие этих событий.

___ **Работа и обучение:** Я понимаю, что, подписав это заявление, я зарегистрировал себя и тех членов моей семьи, которые входят в мою группу по получению продовольственных талонов, в FoodShare Employment and Training Program (FSET) «Программе занятости и обучения при программе продовольственных талонов», если только они не освобождены по какой-либо причине от участия в этой программе.

___ **Иммиграционный статус:** Я понимаю, что я и те члены моей семьи, которые обращаются за получением помощи, должны быть гражданами или иметь соответствующий иммиграционный статус для получения этой помощи. Я понимаю, что иммиграционный статус любого лица в моей семье, обращающегося с просьбой о получении льгот, будет проверен United States Citizenship and Immigration Service (USCIS) «Службой США по вопросам гражданства и иммиграции»; информация, предоставленная USCIS, может повлиять на возможность получения льгот членами моей семьи и на сумму льгот. Я понимаю, что мой иммиграционный статус не будет проверяться через USCIS, если я не обращаюсь за помощью или если я укажу, что я являюсь иммигрантом без удовлетворяющего квалификационным условиям иммиграционного статуса.

___ **Согласно статье §46.25 (2m) Wisconsin Statutes (Статутов Висконсина), любое лицо или организация, включая финансовый институт, агентство по установлению кредитоспособности, работодателя или образовательное учреждение, имеет право раскрывать эту информацию: «Департамент может запрашивать у любого лица любую информацию, которую сочтет относящейся к делу и необходимой для исполнения положений этого раздела, пункты §49.19, с 49.45 по 49.47 и достижения целей программ. Любое лицо, проживающее в этом штате, должно предоставить эту информацию в течение семи (7) дней после получения запроса, подпадающего под положения этого подраздела».**

___ **Я понимаю вопросы и положения на форме этого заявления. Я понимаю, какие наказания могу понести за предоставление ложной информации или нарушение правил. Я удостоверяю, под страхом наказания за лжесвидетельство и клятвопреступление, что все мои ответы правильны и законченны, насколько я это знаю, включая предоставленную информацию о гражданском статусе каждого члена семьи, обращающегося за продовольственными талонами. Я понимаю эти требования и согласен предоставить документы, подтверждающие то, что я сказал. Я понимаю, что агентство может обратиться к другому лицу или организации для получения необходимого доказательства возможности моего участия в программе и определения уровня льгот.**

_____ _____

ПОДПИСЬ – Заявитель или Полномочный Представитель Дата подписи

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентств

Примечания

Сдайте страницы 9 - 16 в местное агентство

RESET FORM