

طلب استبدال FOODSHARE و/أو مزايا برنامج EBT الصيف
(REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE AND/OR SUMMER EBT BENEFITS)

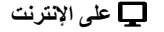
التعليمات: يرجى تعبئة هذا النموذج وتقديمه في حال كنت مشتركًا حاليًا في برنامج FoodShare أو مستفيدًا من مزايا برنامج EBT الصيف، وأتلفت الأغذية التي اشتريتها عبر هذه المزايا بسبب مشكلة منزلية أو كارثة طبيعية. يجب أن تبلغ عن فقدان الأغذية في غضون 10 أيام. لديك مهلة إضافية مدتها 10 أيام من تاريخ إبلاغك عن فقدان الأغذية لتقديم النموذج المكتمل.

ملاحظة: للحصول على مزايا استبدال أسرع، يُمكنك إرفاق إثبات* فقدان الأغذية مع هذا النموذج.

يجب على المشتركين ببرنامج FoodShare أو المشتركين ببرنامج FoodShare الذين يحصلون أيضًا على مزايا برنامج EBT الصيف تقديم هذا النموذج عبر إحدى هاتين الوسيلتين:



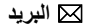
الفاكس



على الإنترنت

- إذا كنت تعيش في مقاطعة Milwaukee، فأرسل النموذج بالفاكس على الرقم 888-409-1979.
- إذا كنت لا تعيش في مقاطعة Milwaukee، فأرسل النموذج بالفاكس على الرقم 855-293-1822.

امسح كل صفحات النموذج ضوئيًا إلى الموقع ACCESS. ويمكنك القيام بذلك من خلال حساب ACCESS الخاص بك، الذي يمكنك تسجيل الدخول إليه على access.wi.gov.



البريد

إذا كنت تعيش في مقاطعة Milwaukee، فأرسل النموذج بالبريد إلى العنوان:

MDPU

6055 N 64th St.

Milwaukee, WI 53218

إذا كنت لا تعيش في مقاطعة Milwaukee، فأرسل النموذج بالبريد إلى العنوان:

CDPU

PO Box 5234

Janesville, WI 53547

يجب على المستفيدين من مزايا برنامج EBT الصيف الذين لا يتلقون مزايا برنامج FoodShare تقديم هذا النموذج عبر البريد الإلكتروني إلى: dhssebt-support@wi.gov.

رقم القضية أو رقم تقديم طلب على برنامج EBT الصيف

الاسم - العضو أو المتلقي (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)

صف كيفية تعرض طعامك للتلف (على سبيل المثال، فيضان، انقطاع الكهرباء، حريق):

هل تلتفت EBT الصيف هذا العام؟ نعم لا

القيمة التقديرية للطعام التالف

تاريخ تلف الطعام

ملاحظة: قد يكون هذا التاريخ مختلفًا عن تاريخ وقوع المشكلة المنزلية أو الكارثة الطبيعية التي أدت إلى تلف الطعام. فعلى سبيل المثال، إذا انقطع التيار الكهربائي لديك، فإن الطعام قد فسد أو تلف في اليوم التالي على الأغلب. لكن في حال اندلاع حريق أو فيضان، فإن تاريخ تلف الطعام قد يكون في نفس يوم وقوع الحادثة.

أفهم الأسئلة والبيانات الواردة في هذا النموذج. أفهم العقوبات المفروضة على إعطاء معلومات خاطئة أو مخالفة القواعد. أقر وأتعهد، تحت طائلة العقوبة على الحنث باليمين والشهادة الزور، بأن جميع إجاباتي صحيحة وكاملة حسب علمي ومعرفتي. أفهم وأوافق على تقديم وثائق تثبت ما قلته. أدرك أن الوكالة المحلية أو فريق دعم برنامج EBT الصيف قد يتصلون بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الدليل الضروري لتقييم أهليتي وتحديد مستوى المزايا.

تاريخ التوقيع

التوقيع - مقدم الطلب

*قد تتضمن أنواع الأدلة المقبولة معلومات متوفرة بواسطة مركز الإطفاء أو الشرطة أو منظمة مجتمعية أو مصادر المساعدة الأخرى. قد لا يكون الدليل على تلف الطعام ضروريًا في حال إعلان حالة الطوارئ.

جلسات الاستماع العادلة: أفهم أن لدي الحق في تقديم طلب استماع عادل لاستئناف أي إجراء تم اتخاذه بشأن طلبي أو المزايا الحالية إذا لم أوافق على ذلك الإجراء. أفهم أنه بإمكانني طلب جلسة استماع عادلة عبر كتابة طلب إلى: **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875**. كما يحق لي أيضًا الاتصال بمكتب الوكالة أو فريق دعم برنامج EBT الصيف حيث قدمت هذا الطلب، وطلب عقد جلسة استماع عادلة شفويًا أو عن طريق الاتصال بالرقم **608-266-7709**. كما يحق لي أيضًا الاتصال بمكتب الوكالة أو فريق دعم برنامج EBT الصيف حيث قدمت هذا الطلب، وطلب عقد جلسة استماع عادلة شفويًا أو كتابيًا كما يمكنني الرجوع إلى كتيب [ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook \(P-00079\)](#) للحصول على مزيد من المعلومات.

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على:

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)

[0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم (833) 620-1071، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل - AD 3027 على:

(1) العنوان البريدي:

Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
Alexandria, VA 22314; أو

(2) الفاكس:

(833) 1665-256 أو (202) 7442-690; أو

(3) البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.