

ЗАПРОС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ FOODSHARE И (ИЛИ) ЛЕТНИХ EBT (REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE AND/OR SUMMER EBT BENEFITS)

УКАЗАНИЯ: Если вы являетесь действующим участником FoodShare или получателем по летней программе EBT и еда, приобретенная вами на эти льготы, была уничтожена из-за несчастного случая на дому или стихийного бедствия, заполните эту форму и отправьте ее. Вы должны сообщить о потере еды в течение 10 дней. У вас есть дополнительно 10 дней с даты, когда вы сообщили о потере продуктов питания, для подачи заполненной формы.

Примечание: Чтобы получить возмещение быстрее, вы можете предоставить доказательство* утраты продуктов питания вместе с этой формой.

Участники FoodShare или участники FoodShare, которые также получают летние льготные EBT, должны отправить эту форму, используя один из следующих вариантов:

🖥️ Онлайн

Отсканируйте все страницы бланка на веб-сайт ACCESS. Вы можете сделать это через свою учетную запись ACCESS, в которую вы можете войти по адресу access.wi.gov.

✉️ Почтой

Если Вы проживаете в округе Milwaukee, отправьте эту форму по почтовому адресу:
MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Если Вы не проживаете в округе Milwaukee, отправьте эту форму по почтовому адресу:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

Получатели летних EBT, которые также не получают льготы по FoodShare, должны отправить эту форму по электронной почте по адресу: dhssebtsupport@wi.gov.

📠 Факсом

- Если Вы проживаете в округе Milwaukee, отправьте эту форму по факсу на 888-409-1979.
- Если вы не проживаете в округе Milwaukee, отправьте эту форму по факсу на 855-293-1822.

👤 Лично

Отнесите форму в ваше агентство. Контактные данные вашего агентства доступны на веб-сайте Department of Health Services (Департамента здравоохранения, DHS) штата Wisconsin по адресу www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Имя - Участника или получателя (имя, фамилия, второе имя) | Номер дела или номер заявки на получение летних EBT |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

Опишите, как ваша еда была уничтожена (например наводнение, перебои в подаче электроэнергии, пожар):

Получали ли вы летние EBT в этом году? Да Нет

| | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Оценочная стоимость уничтоженной пищи \$ | Дата, когда еда была уничтожена Примечание: Дата может отличаться от даты несчастного случая на дому или стихийного бедствия, уничтожившего продукты. Например, если у вас отключилось электричество, еда, скорее всего, была уничтожена или испорчена на следующий день. Пожар или наводнение также могли уничтожить продукты питания в тот же день. |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Я понимаю вопросы и заявления, содержащиеся в этой форме. Я понимаю наказание, полагающееся за предоставление ложной информации или нарушение правил. Под страхом наказания за лжесвидетельство и дачу ложных показаний я подтверждаю, что все мои ответы, насколько мне известно, верны и полны. Я понимаю и согласен предоставить документы, подтверждающие заявленное мною. Я понимаю, что местное агентство или Команда поддержки программы летних EBT может связаться с другими физическими лицами или организациями, чтобы получить необходимые доказательства моего права на получение льгот и их размера.

| | |
|---------------------|-----------------|
| ПОДПИСЬ – Заявитель | Дата подписания |
|---------------------|-----------------|

*Приемлемые виды подтверждения могут включать информацию, предоставленную пожарной службой, полицией, общественной организацией или другими источниками помощи. Подтверждение уничтожения еды **может не** требоваться, если объявлено чрезвычайное положение.

Беспристрастное слушание: Я понимаю, что имею право подать запрос на беспристрастное слушание, чтобы обжаловать любые действия, предпринятые в отношении моего заявления или текущих льгот, если я не согласен с этим действием. Я понимаю, что могу письменно обратиться с заявлением о проведении беспристрастного слушания к: **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875** или позвонив по телефону **608-266-7709**. Я также могу обратиться в офис агентства, или к Команде поддержки программы летних EBT, куда я подал заявление, и запросить беспристрастное слушание устно или письменно. Я понимаю, что могу обратиться к [ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook \(P-00079\)](#) для получения дополнительной информации.

Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

- (1) **почтовый адрес:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или
- (2) **факс:**
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или
- (3) **эл. почта:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.