WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-00330S (10/2024)

APP

SOLICITUD PARA REEMPLAZO DE BENEFICIOS DE FOODSHARE O SUMMER EBT
(REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE AND/OR SUMMER EBT BENEFITS)

INSTRUCCIONES: Si los alimentos que compró utilizando los beneficios de FoodShare o Summer EBT se arruinaron debido a una desgracia o un fenómeno meteorológico, utilice este formulario para pedir beneficios de reemplazo. Debe completar y enviar este formulario en un plazo de 10 días a partir de la pérdida de los alimentos para notificarnos al respecto. Si ya le comunicó a su agencia sobre la pérdida de los alimentos, tiene 10 días a partir del aviso para enviar este formulario.

Debe ser un miembro actual de FoodShare para obtener beneficios de reemplazo de FoodShare.

Para obtener los beneficios de reemplazo más rápido, envíe, con este formulario, documentos que muestren qué fue lo que ocasionó la pérdida de los alimentos, por ejemplo, información proporcionada por el departamento de bomberos, la policía, una organización comunitaria u otras fuentes de ayuda. Si se ha declarado un estado de emergencia, puede que no sea necesario presentar pruebas de qué fue lo que ocasionó la pérdida de los alimentos.

Presente este formulario de la forma que le sea más conveniente.

En línea

Inicie sesión o cree una cuenta en **access.wi.gov**. Complete la versión en línea del formulario o imprima este formulario, complételo, y luego escanéelo y súbalo.

A través de su agencia

Llame a su agencia para completar el formulario por teléfono o vaya a la agencia y complete el formulario en persona. Puede encontrar el número de teléfono y la dirección de su agencia en **dhs.wi.gov/im-agency**.

Por correo electrónico o por fax

Si vive en el condado de Milwaukee:
MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218
Fax: 888-409-1979

Si no vive en el condado de Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547
Fax: 855-293-1822

Los beneficiarios de Summer EBT que no reciben beneficios de FoodShare deben enviar este formulario por correo electrónico a dhssebtsupport@wi.gov.

Nombre del miembro (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)	Número de caso o número de solicitud de Summer EBT

Describa qué ocasionó la pérdida de los alimentos (por ejemplo, una inundación, un corte de energía, un incendio):

¿Recibió ayuda de Summer EBT este año? ☐ Sí ☐ No

Valor estimado de los alimentos que perdió $	Fecha de la pérdida de los alimentos: Puede ser diferente de la fecha en que ocurrió el incidente que ocasionó la pérdida de los alimentos. Por ejemplo, si se cortó la electricidad, es probable que los alimentos se hayan echado a perder al día siguiente. Un incendio o una inundación pueden ocasionar la pérdida de alimentos en el mismo día.

Entiendo las preguntas y las declaraciones que se encuentran en esta página. Entiendo que existen sanciones por dar información falsa o por romper las reglas para obtener el reemplazo de los beneficios de alimentos. Certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y están completas. Entiendo que la agencia puede contactar a otras personas para obtener la información necesaria y que se pueda atender mi solicitud de reemplazo de beneficios de alimentos.

FIRMA – del solicitante	Fecha de firma

Audiencias imparciales: Usted tiene derecho a presentar una solicitud de audiencia imparcial para apelar cualquier medida adoptada con respecto a su solicitud de beneficios actuales si no está de acuerdo con dicha medida. Ingrese a doa.wi.gov/RequestAHearing para obtener información y descargar el Formulario de Audiencia Imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, también puede escribir a **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875 o llamar al 608-266-7709**.

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

(2) **fax:**
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

(3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.