

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

INSTRUCCIONES: Si actualmente es miembro de FoodShare o beneficiario de Summer EBT y los alimentos que compró con esos beneficios fueron destruidos debido a una desgracia en casa o un desastre natural, complete este formulario y envíelo. Debe notificar la pérdida de alimentos dentro de los 10 días posteriores. Tiene otros 10 días a partir de la fecha en que notificó la pérdida de alimentos para enviar el formulario cumplimentado.

Nota: Para obtener beneficios de reemplazo más rápido, puede presentar prueba* de la pérdida de alimentos junto con este formulario.

Los miembros de FoodShare, incluidos los que reciban beneficios de Summer EBT, deben enviar este formulario mediante una de las siguientes opciones:

 **En línea**

Suba todas las páginas escaneadas del formulario a la página de ACCESS. Puede hacerlo mediante su cuenta de ACCESS, a la que puede acceder en access.wi.gov.

 **Correo**

Si vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

Las personas beneficiarias de Summer EBT que no reciban también beneficios de FoodShare deben enviar este formulario por correo electrónico a: dhssebtsupport@wi.gov.

 **Fax**

- Si vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.

 **En persona**

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

Nombre: miembro o beneficiario (apellido, nombre, segunda inicial)	Número de caso o número de solicitud de Summer EBT
--	--

Describa cómo se destruyeron sus alimentos (por ejemplo, inundación, corte de energía, incendio):

¿Recibió ayuda de Summer EBT este año? Sí No

Valor estimado de los alimentos destruidos \$	Fecha en la que se destruyeron los alimentos Nota: Puede ser diferente a la fecha en que sucedió la desgracia en casa o el desastre natural que destruyó los alimentos. Por ejemplo, si sufrió una pérdida de energía, los alimentos probablemente se estropearon al día siguiente. Un incendio o una inundación habrían destruido los alimentos el mismo día.
--	--

Entiendo las preguntas y las declaraciones de este formulario. Entiendo las sanciones por dar información falsa o infringir las normas. Certifico, bajo pena de perjurio y juramento falso, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto presentar documentos que prueben lo que he dicho. Entiendo que la agencia local o el equipo de apoyo de Summer EBT pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA - del solicitante	Fecha de la firma
--------------------------------	-------------------

*Las formas de prueba aceptables pueden incluir información proporcionada por el departamento de bomberos, la policía, una organización comunitaria u otras fuentes de ayuda. Es **posible que no** se necesite una prueba de la destrucción de alimentos cuando se haya declarado el estado de emergencia.

Audiencias imparciales: Entiendo que tengo derecho a presentar una solicitud de audiencia imparcial para apelar cualquier acción tomada con respecto a mi solicitud o beneficios continuos si no estoy de acuerdo con esa acción. Entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial escribiendo a: **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875 o llamando al 608-266-7709.** También puedo comunicarme con la oficina de la agencia o con el equipo de ayuda de Summer EBT donde presenté esta solicitud y solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. Entiendo que puedo consultar el [ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook \(P-00079\)](#) para obtener más información.

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 (833) 620-1071, 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.