

**SOLICITUD PARA REEMPLAZO DE BENEFICIOS DE FOOSHARE
REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE BENEFITS**

INSTRUCCIONES: Si usted es un miembro actual de FoodShare y los alimentos que compró con los beneficios de FoodShare fueron destruidos debido a una desgracia familiar o un desastre natural, complete este formulario y envíelo junto con una prueba* de que sus alimentos fueron destruidos, utilizando una de las siguientes opciones:

Nota: El formulario completo y la prueba tienen que presentarse dentro de los 10 días posteriores a la pérdida.

 **En línea**

Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en access.wi.gov.

 **Correo**

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

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

 **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 a 855-293-1822.

 **En Persona**

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

Nombre – Miembro (Apellido, nombre , inicial)

Número de caso

Describa cómo se destruyó su comida (por ejemplo, inundaciones, cortes de energía, incendios):

Valor estimado de los alimentos destruidos
\$

Fecha en que la comida fue destruida (esto puede ser diferente a la fecha de la desgracia familiar o el desastre natural que destruyó la comida. Por ejemplo, si se fue la luz, la comida probablemente se destruyó o echó a perder al día siguiente. Un incendio o una inundación pueden haber destruido la comida el mismo día.)

Entiendo las preguntas y declaraciones en este formulario. Entiendo las penalidades por dar información falsa o romper las reglas. 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 proporcionar documentos para probar lo que he dicho. Entiendo que la agencia local puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma

*Los documentos de prueba aceptables pueden incluir información provista por el departamento de bomberos, la policía, una organización comunitaria u otras fuentes de ayuda. **Es posible** que no se necesite comprobante de los alimentos destruidos cuando se ha declarado un 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 a los beneficios en curso 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 donde solicité y solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. Entiendo que puedo consultar el Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth (ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook - P-00079) para obtener más información.

Enunciado de No Discriminación de USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.