

WISCONSIN FOODSHARE
درخواست
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

هدایات

نام، آدرس و امضای خود را وارد کنید تا تاریخ شروع مزایای خود را تعیین کنید. به این کار "تعیین تاریخ ضبط" می گویند.

شما می توانید فقط معلومات موجود در این صفحه (نام، آدرس، امضا) را ارائه دهید یا درخواست کامل را تکمیل کنید.

اگر فوراً به مزایای نیاز دارید، بخش اولویت FoodShare را پر کنید و آن را با صفحه اول ارسال کنید. این ممکن است به شما این امکان را بدهد که در عرض هفت روز پس از درخواست از مزایای غذایی برخوردار شوید.

با همه برنامه ها، باید یک مصاحبه تلفونی یا حضوری با نمایندگی خود انجام دهید. تکمیل کردن یک درخواست کامل می تواند وقت لازم برای تکمیل پروسه مصاحبه و صدور تصدیقنامه را کاهش دهد.

شما حق دارید که هر وقت درخواست خود را تسلیم نمایید. درخواست شما در اسرع وقت بررسی می شود اما حداکثر 30 روز از تاریخ دریافت آن وقت میگذرد.

اگر مزایای FoodShare داشته باشید که در 30 روز گذشته متوقف شده است، ممکن است واجد شرایط بازگشایی مجدد مزایای FoodShare خود باشید. برای بازگشایی مزایای FoodShare خود بدون تکمیل فرم های جدید، با نمایندگی خود تماس بگیرید.

می توانید به صورت آنلاین یا از طریق تلفون درخواست دهید! با نمایندگی محلی خود تماس بگیرید یا به صورت آنلاین در access.wi.gov درخواست دهید. اگر به صورت آنلاین درخواست دهید، می توانید برنامه های FoodShare و مراقبت های صحتی را همزمان تکمیل کنید.

نام - درخواست دهنده (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)

آدرس سرک

شهر	ایالت	کد پستی
امضاء - متقاضی یا نماینده باصلاحیت		تاریخ امضاء (mm/dd/yyyy)

درخواست های از طریق ایمیل یا فکس

اگر در منطقه Milwaukee زندگی میکنید:

اگر شما در منطقه Milwaukee زندگی نمی کنید:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

یا فکس: 855-293-1822

MDPU
6055 North 64th Street
Milwaukee, WI 53218

یا فکس: 888-409-1979

اگر معلولیت دارید و به فورمت یا ترجمه جایگزین نیاز دارید، لطفاً با نمایندگی خود تماس بگیرید. برای اینکه شماره تماس اداره تانرا دریافت نمایید، به www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm بروید یا به خدمات عضو با این شماره 800-362-3002 تماس بگیرید. خدمات ترجمه و TTY رایگان میباشد.

میتوانید از یک نماینده باصلاحیت بخواهید که این فرم را برای شما تکمیل کند. برای تعیین یک نماینده باصلاحیت، نام نماینده باصلاحیت را تعیین، تغییر یا حذف کنید: فرم شخص، F10126A، یا تعیین، تغییر یا حذف نماینده باصلاحیت: فرم سازمان، F10126B. برای دریافت این فرم، با شماره 800-362-3002 تماس بگیرید یا به این وبسایت مراجعه کنید www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm

اختیاری: اولویت FoodShare

اگر فوراً به کمک نیاز دارید، درخواست برای اولویت FoodShare ممکن است در عرض هفت روز پس از انتخاب تاریخ ثبت نام شما از مزایا برخوردار شوید. این صفحه را پر کنید و آن را با صفحه اول یا درخواست بقیه ارسال کنید تا ببینید آیا واجد شرایط هستید یا خیر.

اگر هر یک از موارد زیر درست باشد، واجد شرایط دریافت مزایای اولویت هستید:

- خانواده شما بطور نقد یا بانک \$100 یا کمتر دارد و در این ماه کمتر از \$150 عاید خواهد داشت.
- خانواده شما هزینه های کرایه، گرو، یا خدمات رفاهی دارد که بیشتر از مجموع عاید ناخالص ماهانه (پول نقد موجود یا در حساب های بانکی) این ماه شما است.
- خانواده شما یک کارگر در عرصه زراعت مهاجر یا فصل وار دارد که حالا عاید اش متوقف شده است.

نام - درخواست دهنده (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)

آدرس سرک

شهر

کد پستی

ایالت

به پرسش های ذیل پاسخ دهید تا برای خدمات سریع در نظر گرفته شوید.

\$	مجموع درآمد ناخالص (قبل از کسر مالیات یا سایر کسرها) که خانواده شما در این ماه انتظار آنرا دارد چقدر است؟
\$	دارایی های مجموعی موجود خانواده شما چقدر است (بطور مثال، پول نقد، پول در حساب های جاری و پس انداز یا یک مبلغ تکمیلی پول)؟
\$	مبلغی که خانواده شما در مجموع برای مسکن (به عنوان مثال اجاره یا گرو) در این ماه میپردازد چقدر است؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	آیا خانواده شما این ماه مزایای FoodShare Wisconsin را بدست آورده است؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	آیا خانواده شما مزایای Supplemental Nutrition Assistance Program (برنامه مساعدتی تغذیه تکمیلی) (SNAP، مساعدت غذایی، مزایای الکترونیکی انتقال) را در این ماه در ایالت دیگر دریافت نموده است؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	آیا در حال حاضر شما در یک پناهگاه برای قربانیان خشونت داخلی زندگی میکنید؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	آیا کسی در خانواده شما است که مهاجر یا کارگر زراعت فصل وار بوده باشد و عاید اش در این اواخر متوقف شده باشد و کسی در 10 روز آینده توقع ندارد بیشتر از \$25 دریافت نماید؟

اگر قرار است خانواده شما هزینه خدمات رفاهی را پرداخت نماید، به پرسش های ذیل پاسخ دهید.

<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	اگر شما کرایه پرداخت میکنید، آیا گرما شامل کرایه شما است؟
برای مواردی که خانواده شما ملزم به پرداخت آن هستند و اینکه آیا سهولت های عامه برای گرم کردن خانه شما استفاده میشود، چوکات (ها) را نشانی کنید.	
آیا برای این خدمات هزینه می کنید؟	برای گرما استفاده می شود.
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> گاز (طبیعی)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> برقی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> گاز مایع پروپان
برای مواردی که خانواده شما ملزم به پرداخت آن هستند چوکات (ها) را نشانی کنید.	
<input type="checkbox"/> آب <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> دور انداختن کثافات	<input type="checkbox"/> هزینه اضافی تهویه هوا <input type="checkbox"/> دیگر

اختیاری: درخواست کامل

بخش 1 - معلومات تماس

لطفاً برای ما بگویید چگونه میتوانیم با شما تماس بگیریم. کد منطقه را برای تمام شماره های تلفون شامل کنید.

شماره تلفون	نوع تلفون <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفون همراه <input type="checkbox"/> محل کار
شماره تلفون دیگر	این شماره متعلق به کدام کسی است؟ <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> خانواده <input type="checkbox"/> دیگر
نام این شخص چیست؟	

ایمیل آدرس

چگونه می خواهید نامه های خود را دریافت کنید؟ پست ایمیل – ACCESS

آیا آدرس پستی جداگانه ای متفاوت از محل زندگی خود دارید؟
 بلی نخیر

اگر بلی، لطفاً آدرسی را که نامه دریافت می کنید بنویسید.

آدرس سرک

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

شما خانه ندارید؟*

بلی نخیر

*بی خانمان به این معناست که شما شبانه محل اقامت طولانی مدت ندارید. این شامل اقامت در یک پناهگاه، با یکی از دوستان یا اعضای خانواده، یا نداشتن مکانی برای اقامت است.

اگر بی خانه هستید، از سوال در مورد آدرس صرف نظر کنید. اگر اکنون بی خانه هستید و آدرس پستی ندارید، نامه شما به آدرس پستی نمایندگی محلی شما ارسال می شود.

بهترین راه و وقت تماس با شما چیست؟

بخش 2 - معلومات درخواست دهنده

اگر این درخواست را برای شخص دیگر تکمیل میکنید، بقیه سوالات را طوری پاسخ دهید که شما آن شخص هستید.

ارائه Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)، در صورت داشتن این شماره، طبق قانون برای همه افراد متقاضی مزایای الزامی است. از این شماره برای کمک به تعیین مقدار واجد شرایط بودن و مزایای استفاده می شود. اگر Social Security Number (شماره تامین اجتماعی) ندارید، می توانید برای یک شماره درخواست دهید www.ssa.gov/number-card.

یادداشت: اگر نمی خواهید، مجبور نیستید به سوالات نژادی و قومی پاسخ دهید. این سوالات را میسریم تا به بهبود برنامه های ماکمک کرده و مطمئن شویم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نمیگردند. از پاسخ های شما برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن برنامه و مقدار مزایای استفاده نمی شود.

تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)
وضعیت مدنی <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق یافته	جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
نژاد (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی و نه لاتین <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> می خواهیم پاسخ ندهم	شهر و ایالت متحده <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

<p>نژاد (اختیاری) همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید</p> <p><input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> نمیدانم</p> <p><input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> دیگر</p> <p><input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> میخواهیم پاسخ ندهم</p>	
<p>زبان اصلی که در خانه شما صحبت میشود</p>	<p>میخواهید پیامهای FoodShare را به چه زبانی چاپ شوند؟</p>

بخش 3 - معلومات خانواده

برای افراد کی همراه شما زندگی می کند این بخش را پر کنید. اگر به جای بیشتری نیاز دارید، از یک ورق کاغذ جداگانه استفاده کنید و آن را به درخواست اضافه کنید.

ارائه Social Security Number (شماره تامین اجتماعی) (SSN) طبق قانون برای هر فردی که به دنبال مزایای عمومی است الزامی است. از این شماره برای کمک به تعیین مقدار واجد شرایط بودن و مزایا استفاده می شود. اگر شماره تامین اجتماعی (SSN) شخصی که با شما زندگی می کند را نمی دانید، یا آنها این شماره ندارند، همچنان می توانید آن را در این بخش قرار دهید.

یادداشت: اگر نمی خواهید، مجبور نیستید به سوالات نژادی و قومی پاسخ دهید. این سوالات را میسریم تا به بهبود برنامه های ماکمک کرده و مطمئن شویم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نمیگردند. از پاسخ های شما برای تعیین صلاحیت برنامه و مقدار امتیازات استفاده نمی شود.

شخص 1 (مقاضی)

<p>نام (اول، وسط، نام خانوادگی)</p>		<p>آیا این شخص FoodShare می خواهد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)</p>		<p>Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)</p>
<p>جنس</p> <p><input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن</p>	<p>وضعیت مدنی</p> <p><input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق یافته</p>	
<p>شهر و ایالت متحده</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>نژاد (اختیاری)</p> <p><input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی و نه لاتین</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> می خواهم پاسخ ندهم</p>	
<p>نژاد (اختیاری) همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید</p> <p><input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> نمیدانم</p> <p><input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> دیگر</p> <p><input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> میخواهیم پاسخ ندهم</p>		
<p>ارتباط با درخواست دهنده</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>آیا با این شخص غذا می خرید و بیشتر غذا های خود را با او می خرید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>آیا از این شخص مراقبت می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>

شخص 2

<p>نام (اول، وسط، نام خانوادگی)</p>		<p>آیا این شخص FoodShare می خواهد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)</p>		<p>Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)</p>
<p>جنس</p> <p><input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن</p>	<p>وضعیت مدنی</p> <p><input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق یافته</p>	
<p>شهر و ایالت متحده</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>نژاد (اختیاری)</p> <p><input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی و نه لاتین</p> <p><input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> می خواهم پاسخ ندهم</p>	

<p>نژاد (اختیاری) همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید:</p> <p> <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> نمیدانم <input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> میخواهیم پاسخ ندهم </p>		
ارتباط با درخواست دهنده	آیا با این شخص غذا می خرید و بیشتر غذا های خود را با او می خورید؟	آیا از این شخص مراقبت می کنید؟
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

شخص 3

نام (اول، وسط، نام خانوادگی)		آیا این شخص FoodShare می خواهد؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)	
جنس	وضعیت مدنی	
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق یافته	
شهروند ایالات متحده	نژاد (اختیاری)	
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی و نه لاتین <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> می خواهیم پاسخ ندهم	

<p>نژاد (اختیاری) همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید:</p> <p> <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> نمیدانم <input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> میخواهیم پاسخ ندهم </p>		
ارتباط با درخواست دهنده	آیا با این شخص غذا می خرید و بیشتر غذا های خود را با او می خورید؟	آیا از این شخص مراقبت می کنید؟
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

شخص 4

نام (اول، وسط، نام خانوادگی)		آیا این شخص FoodShare می خواهد؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (شماره تامین اجتماعی)	
جنس	وضعیت مدنی	
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق یافته	
شهروند ایالات متحده	نژاد (اختیاری)	
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی و نه لاتین <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> می خواهیم پاسخ ندهم	

<p>نژاد (اختیاری) همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید:</p> <p> <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> نمیدانم <input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> میخواهیم پاسخ ندهم </p>		
ارتباط با درخواست دهنده	آیا با این شخص غذا می خرید و بیشتر غذا های خود را با او می خورید؟	آیا از این شخص مراقبت می کنید؟
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

بخش 4 - معلومات شاگرد

اگر جای بیشتر نیاز است، از یک ورق کاغذ جداگانه استفاده کنید.

آیا صنف ها خارج از یک برنامه درسی عادی برگزار می شود؟ صنف های خاصی که در بخشی از برنامه تعلیمی عادی نیستند میتوانند شامل آموزش اصلاحی، آموزش مداوم یا آموزش اجتماعی، توسعه حرفه‌ای، انگلیسی برای سخنرانان زبانهای دیگر (ESOL/ESL) و توسعه قوه کاری باشند. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، به بخش 5 بروید.	آیا فردی 18 تا 49 ساله در خانواده شما وجود دارد که به یک مکتب عالی (مثلا: کالج تکنیکی یا دانشگاه) می رود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، به بخش 5 بروید.
شاگرد ثبت نام شده است: <input type="checkbox"/> کمتر از نیمه وقت <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت یا بیشتر <input type="checkbox"/> دیگر	نام مکتب

نام شاگرد در حال تحصیل در لیسه عالی (اول، وسط، نام خانوادگی)

آیا شاگرد به دلیل ناتوانی موقت یا دائم قادر به کار نیست؟
 بلی نخیر

در Wisconsin Works (ویسکانسن ورکز) (W-2) یا برنامه دیگری که توسط TANF تحت عنوان IV در Social Security Act (قانون تامین اجتماعی) تامین می شود، ثبت نام کرده است.
 بلی نخیر

آیا شاگرد حداقل 20 ساعت در هفته شاغل است؟
 بلی نخیر
آیا شاگرد کار آزاد میکند؟
 بلی نخیر

آیا شاگرد در یک برنامه تحصیلی کاری با بودجه فدرال یا ایالتی شرکت میکند؟
 بلی نخیر

آیا شاگرد در برنامه آموزش شغلی با دستمزد کار می کند؟
 بلی نخیر

آیا دانش آموز از کودک زیر 6 سال مراقبت می کند؟
 بلی نخیر

آیا دانش آموز از کودک زیر 6-12 سال مراقبت می کند و کافی مراقبت وجود ندارد؟
 بلی نخیر

آیا شاگرد والد مجرد بوده و از کودک زیر 12 سال مراقبت میکند و تمام وقت به مکتب میرود؟
 بلی نخیر

آیا شاگرد به دلیل استخدام از طریق Workforce Innovation and Opportunity Act (قانون فرصت های قوه کاری و نوآوری) (WIOA)، Trade Act of 1974 (قانون تجارت 1974) (TAA)، FoodShare Employment and Training (برنامه استخدام و آموزش FoodShare) (FSET) یا برنامه های کارپایی و آموزشی دیگر به مکتب میرود؟
 بلی نخیر

بخش 5 - معلومات اضافی خانواده

آیا کسی در خانواده شما توسط Administration Social Security (سازمان تامین اجتماعی)، Veterans Administration (اداره ایثارگران) یا Railroad Retirement Board (هیئت بازنشستگی راه آهن)، از کار افتاده است؟
 بلی نخیر

نام شخص(هایی) معلول (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی) تعیین تاریخ معلولیت (mm/dd/yyyy)

آیا در فامیل شما شخصی است که به دلیل بیماری یا جراحت (روانی یا جسمی) قادر به کار نیست؟
 بلی نخیر

نام شخص(هایی) که قادر به کار نیستند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)		تاریخ تعیین برای شخص ناتوان از کار (mm/dd/yyyy)
آیا کسی در فامیل شما حامله است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) که حامله هستند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
آیا کسی در فامیل شما یک 18 تا 24 ساله هست که تحت نگهداری سرپرست، سرپرستی خانوادگی یا دستور محکمه تا زمانی که 18 ساله می شوند، دستور مراقبت از خویشاوندی دادند؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) 18 تا 24 ساله که تحت نگهداری سرپرست، سرپرستی خانوادگی یا محکمه- دستور مراقبت از خویشاوندی داده است، تا زمانی که آنها 18ساله میشوند (اول، وسط، نام خانوادگی)
آیا کسی در فامیل شما کهنه سرباز ارتش ایالات متحده است که به هر دلیلی از خدمت خارج شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) تجربه کار (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
آیا کسی در فامیل شما به طور دوامدار در برنامه اختلال مصرف مواد شرکت می کند (این برنامه شامل برنامه های الکولی های گمنام یا معتادان گمنام نمی شود)؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) که در معالجه اشتراک می کنند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
آیا کسی در فامیل شما مراقب اصلی یک کودک زیر 6 سال یا شخص دیگری است که قادر به مراقبت از خود (زندگی در خانه یا خارج از خانه) نیست؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) که مراقبت می کنند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
آیا کسی در فامیل شما در یک برنامه کاری شرکت می کند؟ بطوری مثال، برنامه های کارگران جابجا شده، Wisconsin Works (W-2)، یا قبیله ای TANF؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص(هایی) که در یک برنامه کاری اشتراک می کنند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
آیا در خانواده شما شخصی است که در پنج سال گذشته به جرمی مرتبط با مواد مخدر محکوم شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	نام شخص محکوم به جرایم مرتبط با مواد مخدر (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	تاریخ محکومیت (mm/dd/yyyy)
آیا در خانواده شما شخصی است که در حال فرار از یک جنایت یا تحت مراقبت یا آزادی مشروط میباشد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		نام شخص که از یک جنایت فرار می کند یا در حال تحت مراقبت یا آزادی مشروط است (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)

بخش 6 - دارایی ها

اطلاعات دارایی فقط در صورتیکه برای مزایای اضطراری یا خانواده ای از افراد مسن، نابینا یا معلول درخواست میدهید، مورد نیاز است.

فهرست تمام دارایی های متعلق به درخواست دهنده(ها). دارایی هایی را که به طور مشترک با شخص دیگر در اختیار دارید شامل نمایید. دارایی های موجود به دارایی های گفته میشود که در هر زمان قابل نقد شدن باشد.

فهرست اقلامی مانند پول نقد، حسابهای جاری یا پس انداز، کارتهای نقدی پیشپرداخت، تصدیق بیعانه (CD)، صندوقهای امانتی، سهام، اوراق قرضه (که برای هزینههای تحصیلی یا تشبیه جنازه در نظر گرفته نشده است)، سود سالانه، اوراق قرضه پسانداز ایالات متحده، قراردادهای جابجایی و دارایی، قراردادهای مربوط به اسناد، سهام زمانی، املاک اجاره، املاک زندگی، یا دارایی شخصی که برای اهداف سرمایه گذاری نگهداری می شود. ارزش وسایل شخصی خانه را شامل ننمایید.

نوع دارایی	نام مالک (ها)	ارزش فعلی	توضیحات (مانند نام بانک یا موسسه مالی، نوع دیگری از دارایی را در اینجا درج کنید)
نقد		\$	
حساب جاری		\$	
حساب پس انداز		\$	

	\$	انواع دیگر دارایی
	\$	انواع دیگر دارایی
	\$	انواع دیگر دارایی

بخش 7 - اشتغال/ درآمد شغل و دستمزد

ثبت نام FoodShare بر اساس درآمد ناخالص کل خانواده (قبل از کسر مالیات یا سایر کسرها) است. کار ازاد در بخش 9 درج شده است. اگر جای بیشتر نیاز است، از یک ورق کاغذ جداگانه استفاده کنید.

آیا یکی از اعضای خانواده کار میکند؟

بلی نخیر

اگر پاسخ مثبت است، برای هر یک از اعضای خانواده که مشغول کار هستند به سوالات زیر پاسخ دهید.

آیا کارگر مهاجر وجود دارد؟

بلی نخیر

شخص 1

نام شخصی که کار خود را میکند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	تاریخ شروع استخدام (mm/dd/yyyy)
---	---------------------------------

نام کارفرما

آدرس استخدام کننده

چند بار به این شخص پرداخت می شود (از موارد زیر انتخاب کنید)؟

هفتگی دو هفته یکبار (هر هفته) یک بار در ماه نیمه ماهانه (دو بار در ماه) موارد دیگر، جزئیات را ارائه دهید:

تعداد ساعت برای هر دستمزد؟

درآمد ناخالص (قبل از کسر مالیات یا سایر کسرها) به ازای هر دستمزد \$

آیا به این شخص ساعتوار پرداخت می شود؟

بلی نه اگر بلی، این شخص در ساعت چقدر پرداخت می شود؟ \$

آیا معاش به این شخص پرداخت می شود؟

بلی نه اگر بلی، معاش این شخص چقدر است؟ \$

آیا این شخص بدون از پرداخت ساعتوار یا معاش، بخشش ها یا غرامت می گیرد؟

بلی نه اگر بلی، این شخص در هر دوره چقدر می گیرد؟ \$

شخص 2

نام شخصی که کار خود را میکند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	تاریخ شروع استخدام (mm/dd/yyyy)
---	---------------------------------

نام کارفرما

آدرس استخدام کننده

چند بار به این شخص پرداخت می شود (از موارد زیر انتخاب کنید)؟

هفتگی دو هفته یکبار (هر هفته در میان) یک بار در ماه نیمه ماهانه (دو بار در ماه) دیگر

تعداد ساعت برای هر دستمزد؟
درآمد ناخالص (قبل از کسر مالیات یا سایر کسرها) به ازای هر دستمزد \$

آیا به این شخص ساعتوار پرداخت می شود؟
 بلی نه اگر بلی، این شخص در ساعت چقدر پرداخت می شود؟ \$

آیا معاش به این شخص پرداخت می شود؟
 بلی نه اگر بلی، معاش این شخص چقدر است؟ \$

آیا این شخص بدون از پرداخت ساعتوار یا معاش، بخشش ها یا غرامت می گیرد؟
 بلی نه اگر بلی، این شخص در هر دوره چقدر می گیرد؟ \$

بخش 8 - از دست دادن شغل

آیا در خانواده شما کسی است که به تازگی شغل او به پایان رسیده است؟
 بلی نه اگر بلی، بقیه بخش 8 را تکمیل کنید.

نام شخصی که کار خود را از دست داده است (اول، وسط، نام خانوادگی)
تاریخ پایان کار (mm/dd/yyyy)

نام و آدرس استخدام کننده

دلیل پایان شغل
 ترک اخراج پایان شغل
 دیگر: _____
آیا این شخص برای بیمه بیکاری اقدام کرده است؟
 بلی نه خیر اگر بلی، چه وقتی این شخص برای بیکاری درخواست داده است (mm/dd/yyyy)؟

بخش 9 - درآمد کار آزاد

لطفاً در مورد هر نوع عاید شغل آزاد که شما و/یا هر کسی در فامیل شما دریافت می کنید به ما بگویید. شامل عاید که به دست رسیده است حتی اگر این شخص مالیاتی را ثبت نه کند. مثال های از کار آزاد داشتن یک تجارت، ملکیت کرایه، یا هر گونه صرافی یا سامان یا خدمات در ازای پول شامل است. اگر به جای بیشتری نیاز است یا بیش از یک نفر کار آزاد میکند، از یک کاغذ جداگانه استفاده کنید.

آیا کسی در خانه شما کار آزاد میکند؟
 بلی نه اگر بلی، بقیه بخش 9 را تکمیل کنید.

نام شخص دارای کار آزاد (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
نام تجارت

آدرس تجارت

نوع مالکیت تجاری
 شراکت شرکت مالکیت انحصاری اتحادیه دیگر من نمی دانم

نوع کسب و کار (زراعت، مراقبت روزانه در منزل)
تاریخ شروع تجارت

آیا این تجارت مالیات ثبت کرده است؟ بلی نخیر
اگر بلی، آخرین بار برای چه سال مالیاتی شرکت مالیات ثبت کرده است؟

آیا از آخرین ثبت مالیاتی تغییر قابل توجهی در درآمد یا هزینه ه ایجاد شده است؟
 بلی نخیر نمیدانم

به طور متوسط، درآمد ناخالص این تجارت در هر ماه چقدر است؟ لطفاً درآمد دریافتی را قبل از پرداخت مصارف به ما بدهید. \$

به طور متوسط، کل مصارف این تجارت در هر ماه چقدر است؟ \$

بطور متوسط، این فرد چند ساعت در ماه برای این تجارت کار میکند؟

بخش 10 - درآمد غیر نقدی یا داوطلبانه سایر درآمدها

لطفاً در مورد هر نوع کار (اخذ سامان، خدمات یا غذا در ازای کار) یا کار داوطلبانه که هر کسی در خانواده شما انجام می دهد، به ما بگویید. اگر جای بیشتر نیاز است، از یک ورق کاغذ جداگانه استفاده کنید.

نام شخص یا سازمانی که در ازای کار یا خدمات سامان، خدمات یا غذا می دهد

شماره تلفون		آدرس سرک	
کد پستی	ایالت	شهر	
در ازای سامان، خدمات یا غذا چه کاری انجام می شود؟			
تاریخ شروع		هر ماه چند ساعت؟	

نام شخص یا سازمان

شماره تلفون		آدرس سرک	
کد پستی	ایالت	شهر	
هر ماه چند ساعت به صورت داوطلبانه فعالیت می کنید؟			
تاریخ شروع			

بخش 11 - درآمدهای دیگر

اگر جای بیشتر نیاز است، از یک ورق کاغذ جداگانه استفاده کنید.

ایا کدام کسی در خانواده شما عاید دیگر می گیرد؟
 بلی نه اگر بلی، بخش ذیل را برای هر نوع درآمد تکمیل کنید.

نوع درآمد	آیا شما این را دریافت می کنید؟	نام شخصی که درآمد کسب می کند	ناخالص (قبل از کسر مالیات یا سایر کسرها) مبلغ ماهانه
Social Security (امنیت اجتماعی)	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
Supplemental Security Income (درآمد تضمینی تکمیلی) (SSI)	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
نفقه/حمایت فرزند	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
کارگران/غرامت بیکاری	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
دستمزد ناتوانی/بیماری	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
سود/سود سهامی	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$

\$		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	مزایای سربازهای بازنشسته
\$		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	پرداخت های مراقبت از خانواده
\$		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	پرداخت های مراقبت خویشاوندی
\$		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	دیگر: _____

بخش 12 - مصارف

مراقبت وابسته: آیا کسی در خانواده شما است که برای کودکان یا جوانان پرداخت می کند، تا این ها بتواند کار برونند، کار را پیدا کند، مکتب بروند، یا آموزش بگیرد؟
 بلی نخیر

نام شخصی که برای مراقبت از طفل یا بزرگسال پرداخت می کند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	چه کسی برای ارائه این مراقبت از طفل یا بزرگسال دستمزد می گیرد؟ (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	نام طفل یا بزرگسال تحت مراقبت (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
مبلغ \$	چند بار این پرداخت اجراء می شود (از موارد زیر انتخاب کنید)؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار (هر دو هفته) <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار (دو بار در ماه) <input type="checkbox"/> دیگر (لطفا مشخص کنید):	

حمایت از کودک: آیا کسی در خانواده شما به حکم محکمه مجبور به پرداخت نفقه فرزند است؟
 بلی نخیر

نام شخصی که پول را دریافت میکند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	نام طفلی که برای او نفقه می پردازید (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	نامیکه نفقه کودک را پرداخت می کند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
مبلغ \$	چند بار این پرداخت اجراء می شود (از موارد زیر انتخاب کنید)؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار (هر دو هفته) <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار (دو بار در ماه) <input type="checkbox"/> دیگر (لطفا مشخص کنید):	

هزینه های طبی: آیا هر یک از اعضای خانواده که سالخورده، نابینا یا مصمم به معلولیت هستند، متحمل هزینه های طبی می شوند؟ برای مثال به کتابچه کسر هزینه های طبی و نحوه تاثیر آنها بر FoodShare یا P-03315B در www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b
 بلی نخیر

نام شخص دارنده هزینه طبی (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)	انواع هزینه های طبی چیست؟	مبلغ
	<input type="checkbox"/> نسخه ها	\$
	<input type="checkbox"/> صورت حساب های طبی	\$
	<input type="checkbox"/> پرداخت مشترک	\$
	<input type="checkbox"/> حق بیمه	\$
	<input type="checkbox"/> دیگر	\$
	<input type="checkbox"/> دیگر	\$

چند بار این پرداخت اجراء می شود (از موارد زیر انتخاب کنید)؟

هفتگی دو هفته یکبار (هر دو هفته) یک بار در ماه هر دو هفته یکبار (دو بار در ماه)
 دیگر (لطفا مشخص کنید):

هزینه های سرپناه: آیا کسی در خانواده هزینه های سرپناه (اجاره، گرو، مالیات بر جاپداد) دارد؟
 بلی نخیر

هزینه ماهانه \$	نام شخصی که مصارف سرپناه را دریافت میکند (نام اول، نام وسط، نام خانوادگی)
<p>مصارف برای چیست؟</p> <p><input type="checkbox"/> اجاره/اجاره زمین <input type="checkbox"/> گرو <input type="checkbox"/> مالیات بر املاک <input type="checkbox"/> بیمه مالک خانه</p> <p><input type="checkbox"/> پرداخت قرض خانه سیار <input type="checkbox"/> یک ارزیابی خاص یا مالیات برای مواردی مانند تعمیر پیاده رو یا جاده</p>	
<p>مصارف سهولت های عامه:</p> <p>آیا کسی در خانواده برای خدمات عمومی پرداخت میکند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>در صورت پرداخت اجاره، آیا گرما شامل اجاره میشود؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>برای مواردی که خانواده شما ملزم به پرداخت آن هستند و اینکه آیا خدمات عمومی برای گرم کردن خانه شما استفاده میشود، چوکات (ها) را نشانی کنید.</p>	
آیا برای این خدمات هزینه می کنید؟	برای گرما استفاده می شود؟
گاز (طبیعی)	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
برقی	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
گاز مایع پروپان	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
نفت سوخت/نفت سفید	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
ذغال	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
چوب	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
<p>برای مواردی که خانواده شما ملزم به پرداخت آن هستند چوکات (ها) را نشانی کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> تلفون <input type="checkbox"/> آب <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> دور انداختن کثافات <input type="checkbox"/> هزینه اضافی تهویه هوا <input type="checkbox"/> دیگر: _____</p>	
<p>آیا شما کمک خانه (بخش 8 یا سایر مسکن های یارانه ای) را به دست میاورید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	
<p>آیا از کمک های انرژی (LIHEAP، WHEAP، آب و هوا، یا دیگر کمک های انرژی از یک ایالت دیگر) استفاده می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	

WISCONSIN FOODSHARE

اطلاعات مهم

این برنامه برای FoodShare است و برنامه ای برای Medicaid، BadgerCare Plus، Family Planning Only Services، Wisconsin Shares (کمک مراقبت از کودک) یا Wisconsin Works (ویسکانسن ورکس) (W-2) نیست. این برنامه ها به هزینه های مراقبت های صحی یا مراقبت از کودک یا یافتن کار کمک می کند. شما میتوانید برای Medicaid، Family Planning Only Services، BadgerCare Plus، و Wisconsin Shares (اسهام ویس کانسن) بشکل آنلاین در access.wi.gov همزمان با درخواست دادن برای FoodShare درخواست دهید. برای درخواست دادن به W-2 باید با اداره تان به تماس شوید.

FoodShare یک حق است به این معنی که به افرادی که درآمد کم دارند و در تهیه غذا مشکل دارند کمک می کند تا برای تامین هزینه های زندگی خود ماهانه کمک دریافت کنند. برای اینکه مزایای FoodShare را بدست بیاورید شما نیاز ندارید به W-2 یا برنامه های دیگر درخواست دهید. یک خانواده معمولاً از کسانی تشکیل شده است که یکجا زندگی نموده و غذا را با هم شریک میسازند. مقدار مزایای FoodShare که یک خانواده دریافت میکند بستگی به اندازه، مصارف، و عاید خانواده دارد. مزایای FoodShare بر روی کارت Wisconsin QUEST صادر میشود، که مانند کارت نقدی در فروشگاه های مواد غذایی، پرچون فروشان آنلاین یا بازارهای زراعتی که FoodShare را میپذیرند، استفاده میشود.

گزارش شرایط

اگر عاید ناخالص ماهانه خانوار شما از 130% از federal poverty level (سطح فقر فدرال) برای اندازه خانوار شما بالاتر رفت، باید گزارش دهید.

از شما خواسته میشود که قبل از کسر مالیات یا دیگر مبالغ، دریافت هر برد بزرگ قرعه کشی، برنده شدن قمار در یک بازی، شرطبندی یا تکت قابل توجهی را گزارش دهید.

شما یا یکی از اعضای فامیل تان ممکن است نیاز داشته باشید که شرایط کاری FoodShare را در مقطعی از دوره صدور تصدیق نامه شما برآورده کنید تا به امتیازات FoodShare ادامه دهید. برای ملاقات کردن شرایط کاری، باید حداقل 80 ساعت در ماه کار کنید یا در یک برنامه کاری شرکت کنید. اگر ساعت های کاری شما کمتر از 80 ساعت در ماه است، باید این را گزارش دهید.

منحیث یک عضو FOODSHARE، شما حقوق و مسؤلیت ها دارید.

حقوق شما شامل موارد ذیل میشود:

- حق اطلاع دادن در مورد وضعیت داخله کردن در طی 30 روز بعد از درخواست دادن.
- حق بدست آوردن مزایای طی هفت روز در صورتیکه شما برای کمک عاجل واجد شرایط باشید.
- به دلیل مسن بودن، نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقاد مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی/انتقامجویی از فعالیتهای حقوق مدنی گذشته، مورد تبعیض قرار نگیرید.

شما مسؤل هستید برای:

- پاسخ دادن به تمام پرسش های درخواست بطور مکمل و بشکل صادقانه و امضاء کردن نام تان بخاطر تائید کردن، تحت قانون مجازات شهادت دروغ، اینکه تمام پاسخ های شما حقیقت و درست هستند. این موارد شامل معلومات مربوط به وضعیت تابعیت و مهاجرت اعضای متقاضی مزایا می شود.
- ارائه کردن مدارک تمام معلومات مورد نیاز شما برای تشخیص کردن واجد شرایط بودن شما.
- گزارش دادن تغییرات مورد نیاز در چارچوب زمانی که در نامه ها برای شما ارائه شده است.
- نه فروختن، مبادله کردن، یا دادن هیچ یک از مزایا.
- استفاده از مزایای FoodShare فقط برای موارد اجازه داده شده.

کسانیکه اصول FoodShare را نقض میکنند ممکن است از برنامه کسبیده شوند، مجازات شوند، زندانی شوند یا هر سه مورد.

برای معلومات بیشتر در مورد حقوق و مسؤلیت ها، بروید به www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b

اطلاعیه نوشته

شما حق این را دارید تا یک اطلاعیه نوشته شده را از اداره تان قبل از هر روی دست گرفتن هر عمل یا کاهش دادن مزایای FoodShare تان بدست بیاورید. برای اکثر اقدامات، حداقل 10 روز قبل از انجام اقدام، نامه دریافت خواهید کرد.

استماع عادلانه

اگر شما با هر عمل اداره موافق نباشید حق دادرسی منصفانه را دارید. شما میتوانید بطور شفاهی با تماس گرفتن به 608-266-7709 درخواست دادرسی دهید. شما همچنان میتوانید درخواست فورم دادرسی منصفانه یا یک نامه درخواست دادرسی منصفانه را به از طریق فکس به شماره 608-264-9885 ارسال کنید یا توسط پُست الکترونیکی به این ادرس ارسال کنید:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

درخواست شما باید طی 90 روز از انفاذ مزایای FoodShare دریافت گردد، یا اگر شما با مقدار مزایای FoodShare تان موافق نیستید، هر زمان که شما مزایا را بدست میاورید.

درخواست برای فورم دادرسی منصفانه میشود که از www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm دانلود کنید، یا شما میتوانید به اداره که روی نامه شما لیست شده است برای درخواست دادرسی تماس بگیرید.

در بسیاری قضایا، اگر درخواست دادرسی منصفانه شما توسط Division of Hearings and Appeals (بخش دادرسی و استیناف) قبل از تاریخ انفاذ عمل دریافت گردد، مزایای FoodShare شما متوقف یا کاهش نخواهد یافت. حداقل تا زمانیکه یک تصمیم در مورد درخواست استیناف شما گرفته میشود، شما میتوانید درخواست تداوم مزایای تان را بدهید. در جریان این زمان، اگر یک تغییر دیگر غیر مرتبط رخ دهد، مزایای FoodShare شما ممکن تغییر نماید. اگر تغییر دیگری رخ دهد، شما یک نامه جدید دریافت خواهید کرد. اگر شما با تصمیم دادرسی منصفانه موافق نیستید، ممکن است شما یک درخواست دومی دادرسی منصفانه را بدهید. اگر تصمیم دادرسی مزایای شما را متوقف یا کاهش دهد، ممکن است هر مورد مزایای را که شما در جریان تصمیم گیری استیناف بدست آورده بودید را بازپرداخت نمایید. شما میشود که بخواهید تا مزایای متداوم را دریافت نکنید.

شما میتوانید از خودتان نمایندگی کنید یا هم در دادرسی یا کنفرانس از شما یک وکیل، دوست، و هر کسی دیگری که شما انتخاب میکنید نمایندگی نماید. ما نمی توانیم برای وکیل شما پرداخت نماییم. اما، اگر شما واجد شرایط باشید خدمات رایگان حقوقی ممکن برای شما موجود باشد. برای معلومات بیشتر در مورد خدمات رایگان حقوقی، به 888-278-0633 تماس بگیرید.

اگر بدون دلیل موجه شما یا نماینده تان در دادرسی حاضر نشوید، استیناف شما متروکه در نظر گرفته شده و لغو خواهد شد.

سرپرست قانونی، محافظ یا وکیل

اگر سرپرست قانونی، محافظ یا وکیل دارید، آن شخص می تواند این فرم را از طرف شما تکمیل و ارسال کند. آن شخص همچنین باید اسناد انتصاب خود را به همراه این فرم تسلیم کند.

جمع آوری اطلاعات/استفاده از SOCIAL SECURITY NUMBERS (شماره های امنیت اجتماعی) // اطلاعات قابل

شناسایی شخصی

جمع آوری معلومات، به شمول Social Security number (شماره امنیت اجتماعی) هر عضو خانواده، تحت Food and Nutrition Act of 2008 (قانون 2008 غذا و تغذیه) جواز دارد، طوریکه در 7 U.S.C. 2011-2036 تجدید نظر شده است. معلومات جهت تشخیص واجد شرایط بودن خانواده شما برای اشتراک در SNAP بکار برده خواهد شد.

معلومات برای اینکه مشخص شود خانواده شما میتواند مزایا را بدست آورده یا ادامه دهد بکار برده خواهد شد.

معلومات که شما ارائه میکنید از طریق برنامه های تطابق کمپیوتری تصدیق خواهد شد. این معلومات همچنان برای نظارت از تطبیق کردن قواعد برنامه و برای مدیریت برنامه استفاده خواهد شد.

این معلومات ممکن به ادارات دیگر فدرال یا ایالتی برای بررسی رسمی و به مامورین تطبیق قانون برای دستگیری اشخاص که از قانون فرار میکنند داده خواهد شد.

اگر ادعاهای SNAP علیه خانواده شما بوجود بیاید، معلومات این درخواست، بشمول تمام Social Security numbers (شماره های امنیت اجتماعی) شما، ممکن به ادارات فدرال و ایالتی راجع خواهد شد، همچنان به ادارات جمع آوری ادعاهای شخصی برای فعالیت های جمع آوری ادعاها داده خواهد شد.

ارائه نمودن معلومات درخواست شده، بشمول Social Security numbers (شماره های امنیت اجتماعی) هر عضو خانواده اختیاری میباشد. با این حال، عدم ارائه Social Security number (شماره تامین اجتماعی) منجر به محرومیت از مزایای SNAP برای همه کسانی خواهد شد که بدون دلیل موجه Social Security number (شماره تامین اجتماعی) ارائه نمی کنند. هر Social Security numbers (شماره های امنیت اجتماعی) همانند Social Security numbers (شماره های امنیت اجتماعی) اعضای دیگر خانواده که واجد شرایط هستند افشاء خواهد شد.

Social Security numbers (شماره امنیت اجتماعی) شما با United States Citizenship and Immigration Services (خدمات مهاجرت و شهروندی ایالات متحده) (USCIS) شریک خواهد شد.

مزایای FoodShare بر اساس عدم پذیرش هزینه عمومی محاسبه نمی شود.

حالت مهاجرت

برای قادر بودن جهت دریافتن FoodShare، شما باید یک شهروند ایالات متحده بوده یا هم حالت واجد شرایط مهاجرت با USCIS داشته باشید. وضعیت مهاجرت همه افراد متقاضی FoodShare با USCIS از طریق SAVE تأیید می شود و ممکن است بر ثبت نام FoodShare و مزایای آن تأثیر بگذارد. حالت مهاجرت برای هر فرد که به FoodShare درخواست میدهد یا کسیکه نشان میدهد حالت واجد شرایط مهاجرت با USCIS ندارد با USCIS تصدیق نه خواهد شد. اما، عاید آن افراد ممکن ثبت نام و مزایای FoodShare را متاثر سازد.

بررسی کنترل کیفیت

قضیه FoodShare شما ممکن بشکل تصادفی توسط Wisconsin Department of Health Services (دبیرتمنت خدمات صحتی) برای یک بررسی کنترل کیفیت انتخاب گردد. یک بررسی کنترل کیفیت FoodShare یک بررسی قضیه FoodShare شما است که مطمئن سازد که اداره که شما را در FoodShare ثبت نام کرده است مزایای شما را بشکل درست صادر نموده است و قواعد را که حکومت فدرال تعیین کرده است تطبیق مینماید. قانون فدرال تذکر میدهد که شما باید با بررسی کنترل کیفیت همکاری کنید. اگر شما معلومات که درخواست شده است را ندهید یا با بررسی همکاری نکنید، قضیه FoodShare شما ممکن بسته شود. اگر این اتفاق بیافتد، به شما گفته خواهد شد که قضیه شما برای چه مدتی بسته خواهد بود.

قوانین اساسی کسب و کار برای افراد بین 16 تا 59 ساله

همه متقاضیان و اعضای FoodShare بین 16 تا 59 ساله باید از قوانین اساسی کسب و کار به عنوان شرط واجد شرایط بودن برای FoodShare پیروی کنند، البته استثنا دارد. رعایت قوانین اساسی استخدام شامل ثبت نام برای استخدام در وقت درخواست با ارائه معلومات کافی در مورد وضعیت اشتغال یا در دسترس بودن برای کار است.

اگر هرکدام از موارد زیر درست باشد، یک استثنا از قوانین اساسی کسب و کار دارید:

- سن شما 16 یا 17 است و شما شخص اصلی در گروه FoodShare نیستید.
- سن شما 16 یا 17 است و شما شخص اصلی در گروه FoodShare هستید مگر شما در مکتب یا در یک برنامه اشتغال یا آموزش حداقل نصف روز ثبت نام نموده اید.
- شما برای کار در شرایط نامناسب محسوب شده اید. این صدق میکند اگر:
 - شما از حکومت یا از یک منبع شخصی مزایای معلولیت دایمی را بدست میاورید.
 - شما از نظر فیزیکی یا روانی برای کار از طرف اداره تان ناتوان محسوب شده اید
 - یک بیانییه از شاغلین مراقبت صحتی یا کارکن اجتماعی تصدیق میکند که شما قادر به کار نیستید.
- شما در W-2 ثبت نام شده اید و در مطابقت با نیازهای کار W-2 هستید.

- شما مراقبت کننده اصلی برای یک طفل وابسته با عمر کمتر از 6 سال هستید (بدون در نظر داشت اینکه طفل در خانه شما یا بیرون از خانه شما زندگی میکند). اما، اگر شما و شخص دیگر مسئولیت پدرا نه روی طفل داشته باشید، فقط یکی شما میشود که از نیازهای ثبت نام کار منحیث مراقبت کننده اصلی آن طفل استثناء قرار داده شوید.
 - شما مراقبت کننده اصلی شخص دیگری هستید کسیکه نمیتواند مراقب خود باشد (چه اینکه شخص در خانه شما یا بیرون از خانه شما زندگی میکند).
 - شما برای غرامت های بی شغلی درخواست داده اید یا بدست میاورید.
 - شما بطور منظم در یک درمان سوءاستفاده الکول یا مواد مخدر یا در برنامه توانبخشی اشتراک میکنید.
 - شما 30 ساعت ها یا بیشتر در هفته کار می کنید یا مزد هفتگی 217.50 دلار یا بیشتر دریافت می کنید.
 - شما حداقل نصف روز در مکتب، برنامه آموزش، یا نهاد تحصیلات عالی ثبت نام شده اید.
- اگر شما شامل یکی از استثناءات هستید ممکن نیاز باشد مدارک ارائه نمایید. اگرچه قوانین اساسی کسب و کار باید رعایت شود، شرکت در برنامه کاری داوطلبانه است.

تحریم قانون اساسی کسب و کار

اگر با شرایط اساسی قوانین تجاری مطابقت نداشته باشید و هیچ معافیتی را نداشته باشید، نمیتوانید مزایای FoodShare را برای یک دوره تحریم مشخص دریافت کنید. این شامل این میشود که اگر شما بطور غیراختیاری و بدون هیچ دلیل موجه هر یکی از موارد ذیل را انجام دهید.

- یک پیشنهاد مناسب وظیفه را رد کنید
 - یک وظیفه با 30 ساعت یا بیشتر کار را در هفته (یا یک وظیفه که عاید اش مساوی به 30 ساعت کار در هفته در مزد حداقل فدرال باشد) رد کنید.
 - ساعات کار تانرا در هفته به کمتر از 30 ساعت (یا عاید تانرا در مقایسه با مزد حداقل فدرال 30 مرتبه) کاهش می دهید.
 - در W-2 اشتراک می کنید مگر نیازمندی های برنامه کار W-2 را برآورده نمی سازید.
 - شما در حال خواست یا دریافت مزایای بیکاری هستید مگر شرایط لازم برای کار تحت برنامه غرامت بیکاری راندارید.
- اگر، در جریان دوره محرومیت، شما به یک خانواده دیگر FoodShare انتقال کنید، متباقی دوره محرومیت شما به خانواده جدید تان انتقال خواهد یافت. دوران دوره محرومیت است:
- یک ماه برای محرومیت اول.
 - سه ماه برای محرومیت سوم.
 - شش ماه برای محرومیت سوم یا متعاقب آن.

شما نمیتوانید محرومیت را قبل از وقت پایان دهید در صورتیکه شما از نیازمندی های ثبت نام کار استثناء قرار داده شوید. اگر شما میخواهید بعد از اینکه دوره محرومیت شما به پایان میرسد مزایا را بدست بیاورید، شما نیاز خواهید داشت تا برای FoodShare دوباره درخواست دهید. اگر شما بخش از گروه FoodShare باشید، شما نیاز خواهید داشت به کارکن تان اطلاع دهید تا قضیه شما را به عوض دوباره درخواست دادن تجدید نماید.

نیازمندی های کار برای بزرگ سالان از لحاظ بدنی توانای بین سنین 18 تا 54

بزرگ سالان مشخص که سن شان بین 18 تا 54 است و اطفال کوچک در خانه ندارند ممکن فقط سه ماه مزایای FoodShare را برای مدت محدود در یک دوره 36 ماهه (سه سال) بدست بیاورند مگر اینکه آنها نیازهای کار FoodShare را برآورده سازند یا هم مستثناء محسوب شوند. این شرایط تجاری با شرایط اساسی قوانین تجاری متفاوت است.

چهار راه برای برآوردن شرایط کاری FoodShare برای ABAWD وجود دارد:

- حداقل ماهانه 80 ساعت کار نماید.
- در یک برنامه کار مجاز حداقل 80 ساعت در ماه اشتراک نماید، بطور مثال:
 - FoodShare Employment and Training (اشتغال و آموزش) (FSET).
 - W-2.
 - Workforce Innovation and Opportunity Act (قانون فرصت و ابتکار در قوه ای کاری) (WIOA).
- یک وظیفه مشابه (که به عوض پول سامان پرداخت میکند) یا با حداقل 80 ساعت در ماه کار داوطلبانه میکنید.
- یک ترکیب از کار، وظیفه مشابه، داوطلبانه دارد، یا در یک برنامه کار مجاز برای 80 ساعت بطور مجموعی در هفته اشتراک میکند.

اگر شما در FoodShare ثبت نام کرده اید، شما در مورد برنامه FSET معلومات دریافت خواهید نمود.

در صورت صحت هر یکی از موارد ذیل، شما ممکن استثناء محسوب شوید و ممکن نیاز نباشد شرایط کار را برآورده سازید:

- شما با یک طفل زیر 18 سال زندگی می کنید که بخشی از همان فامیل FoodShare است، حتی اگر کودک واجد شرایط امتیازات برنامه FoodShare نباشد.
- شما مراقب اصلی فردی هستید که نمیتواند از خود مراقبت کند (خواه آن شخص در خانه شما زندگی کند یا بیرون از خانه شما).
- شما مراقب اصلی یک طفل تحت تکفل زیر 6 سال هستید (خواه طفل در خانه شما زندگی کند یا بیرون از خانه شما). با این حال، اگر شما و شخص دیگری هر دو کنترول والدین کودک را دارید، تنها یکی از شما میتواند از شرایط کار FoodShare به عنوان مراقب اصلی طفل معاف شوید.
- شما از لحاظ فزیک یا ذهنی قادر به کار نیستید.
- شما بی خانگی را تجربه می کنید. این شامل مردم میشود که در یک وضعیت مسکن موقت، مانند تاسیسات زندگی انتقالی و سرپناه ها، یا اقامت موقت (حداکثر 90 روز) در محل سکونت شخص دیگری هستند.

- شما حامله هستید.
- شما در حال دریافت یا درخواست جبران خسارت بیکاری هستید.
- شما در یک برنامه alcohol or other drug abuse (درمان سوء استفاده الکل یا مواد مخدر) (AODA) یا برنامه توانبخشی اشتراک میکنید.
- شما حداقل به صورت نیمه وقت در یک مکتب یا موسسه آموزش عالی معتبر شامل کرده اید.
- سن شما 18 یا بیشتر است و حداقل در نصف روز در مکتب ثبت نام کرده اید.
- شما در W-2 ثبت نام کرده اید و شرایط W-2 را برآورده می کنید.
- شما 30 یا بیشتر ساعت در هفته کار می کنید یا مزد هفتگی 217.50 دلار یا بیشتر دریافت می کنید.
- شما 18-24 ساله هستید که تحت نگهداری یک سرپرست، سرپرستی خانوادگی یا محکمه- زمانیکه 18 ساله شدید، مراقبت از خویشاوندی را سفارش داد.
- شما یک جانباز هستید. جانباز شخصی است که در نیروهای مسلح ایالات متحده (شامل ارتش، تفنگداران دریایی، قوای دریایی، قوای هوایی، قوای فضایی، گارد ساحلی، گارد ملی و قوای ریزرف نیروهای مسلح) خدمت کرده و تحت هر شرایطی خارج شده یا معاف شده است.

یادداشت: ممکن نیاز باشد شما مدارک ارائه کنید که نشان دهد شما شامل استثناء هستید.

مرکز وظیفه

مرکز وظیفه برای شما موجود است. مرکز وظیفه بزرگترین منبع وظایف برای شما در Wisconsin است. به وب سایت مرکز وظیفه را در jobcenterofwisconsin.com مراجعه کنید، یا شما میتوانید از کمپیوترهای دارای صفحه لمسی در مرکز وظیفه محلی تان استفاده کنید. برای اینکه یک مرکز وظیفه نزدیک به خود را دریابید، با شماره 888-258-9966 (رایگان) تماس بگیرید.

چک کمپیوتر

معلومات درخواست شما ممکن نیازمند تصدیق شدن در سیستم تصدیق نمودن عاید و واجد شرایط بودن ایالتی باشد. اگر شما کار میکنید، عاید وظیفه و مزد که شما گزارش میدید توسط کمپیوتر در مقایسه بامزدهای که کارفرمای شما به Department of Workforce Development (وزرات توسعه قوه کار) گزارش میدهد چک خواهد شد. با IRS، Social Security Administration (اداره مساعدت اجتماعی)، Unemployment Insurance Division (بخش بیمه بیکاری) همچنان در مورد عاید و دارایی های که شما دارید تماس گرفته میشود. معلومات این ادارات ممکن ثبت نام و/یا مقدار مزایای خانواده شما را متاثر سازد.

اگر هر معلومات که شما میدید ثابت شود که نادرست است، مزایای FoodShare شما ممکن رد و به بازرسی جرمی بخاطر فراهم کردن آگاهانه معلومات نادرست معرفی شوید. اگر شما هر معلومات نادرست بدهید ممکن شما مزایای را بازپرداخت نمایید. اگر کدام ادعاه FoodShare علیه خانواده شما درج گردد، معلومات درخواست بشمول Social Security numbers (شماره های امنیت اجتماعی)، ممکن به ادارات فدرال یا ایالتی، همچنان به ادارات جمع آوری شخص، برای عمل جمع آوری ادعاها راجع گردد.

اخطاریه مجازات FOODSHARE

هر عضو خانواده شما کسیکه بطور عمدی هر یکی از قواعد ذیل را نقض میکند ممکن از FoodShare برای 12 ماه بعد از تخلف نخست، 24 ماه بعد از تخلف دوم یا برای تخلف دوم بشمول ماده کنترل شده، و به گونه دائمی برای تخلف سومی ممنوع قرار داده شود.

- دادن معلومات نادرست یا پنهان نمودن معلومات برای دریافتن یا تداوم مزایای FoodShare
- مبادله کردن یا فروختن مزایای FoodShare
- تعویض کردن کارت ها برای دریافت مزایای که حق شما نیست
- بکار بردن مزایای FoodShare برای خریداری موارد غیر غذایی مانند الکل یا تنباکو
- استفاده از مزایای FoodShare، کارت های هویت، یا سایر اسناد شخص دیگر

با در نظر داشت ارزش مزایای سوءاستفاده شده، شما ممکن تا به \$250,000 جریمه، تا به 20 سال زندانی، یا هم هر دو را تجربه کنید. محکمه همچنان میتواند شما را از مزایای FoodShare Wisconsin برای 18 ماه دیگر ممنوع قرار دهد. اگر به اتهام قاچاق مزایای \$500 یا بیشتر FoodShare متهم شوید، شاید شما بطور دائمی ممنوع قرار داده شوید. اگر مشخص شود که بیانیه با اظهاراتی جعلی در مورد هویت و اقامت برای دریافت مزایا متعددی به طور همزمان ارائه کرده اید، شاید شما برای 10 سال نمی توانید در FoodShare Wisconsin اشتراک کنید. جنایتکاران در حال فرار و متخلفین دوره امتحانی یا عفو مشروط قادر نیستند تا در FoodShare Wisconsin اشتراک نمایند. شما همچنان ممکن تابع بازرسی های دیگر تحت قوانین مورد کاربرد فدرال شوید.

اگر شما مزایای FoodShare را برای مواد کنترل شده یا مواد غیرقانونی مبادله (خرید یا فروش) کنید، شما برای یک دوره دو ساله بعد از یافته اول و برای دایم بعد از بار دوم از برنامه FoodShare ممنوع قرار داده خواهید شد. اگر شما اسلحه های دستی، مهمات، یا وسایل انفجاری را مبادله (خرید یا فروش) نمایید، شما از FoodShare Wisconsin برای دایم ممنوع قرار داده خواهید شد.

مدارک نیاز است

- ثبت نام در FoodShare ممکن نیست تا وقتیکه شما مدارک پرسش های معین را فراهم نسازید.
- اگر مصاحبه شما در اداره باشد، لطف نموده هر قدر موارد مدارک که میتوانید از لیست ذیل دارید با خود بیاورید.
- اگر مصاحبه شما تلفونی باشد، پس از تکمیل مصاحبه، لیستی از مدارک مورد نیاز برای شما ارسال می شود.

از شما خواسته خواهد شد که مدارک موارد را ارائه کنید که در ذیل لیست نشده است. در این صورت، نمایندگی شما لیستی از مدارک مورد نیاز برای تأیید را برای شما ارسال می کند. اگر نمی توانید موارد مورد نیاز خود را تهیه کنید، به اداره خود بگویید که کدام موارد است که شما قادر به بدست آوردن اش نیستید، و اداره شما میتواند شما را کمک نماید.

موارد ذیل مثال های از ثبوت است.

هویت/ مهاجرت	عاید بدست آورده	کار آزاد
<ul style="list-style-type: none"> مجوز رانندگی تصدیق نامه تولد پاسپورت یا کارت شهروندی ایالات متحده سند مهاجرت چک پرداخت ID کارمند سوابق شفاخانه 	<ul style="list-style-type: none"> تمام بقایای چک که در 30 روز اخیر بدست آمده است یک بیانیه امضا شده از استخدام کننده شما که شامل درآمد ناخالص و تاریخ پرداخت مورد انتظار برای 30 روز آینده است. تصدیق کارفرما از فورم عاید 	<ul style="list-style-type: none"> مالیات های سال اخیر <p>درآمد دیگر (بطور مثال، بیمه بیکاری، بیمه معلولیت، Social Security (امنیت اجتماعی)، تقاعد، مزایای کهنه سربازی، تخصیص های نظامی)</p> <ul style="list-style-type: none"> نامه جایزه کاپی چک اخیر

برای بدست آوردن یک کرایدت ممکن موارد ذیل نیاز باشد:

- هزینه های خانه و صورت حساب های خدمات رفاهی
- رسید کنونی کرایه با نام و شماره تماس صاحب خانه
- اوراق کرایه یا گرو
- بیانیه مالیه ملکیت مشاور دارایی ها
- صورت حساب های خدمات رفاهی
- حمایت از کودک (دریافت یا پرداخت شده در ایالتی غیر از Wisconsin)
- اوراق احکام محکمه یا سوابق دیگر پرداخت
- سوابق پرداخت از ایالت دیگر

اگر شما 60 ساله یا بزرگتر هستید، نابینا هستید، یا معلولیت دارید، شما ممکن برای هزینه های مشخص طبی کرایدیت بدست بیاورید.

مصارف و هزینه های طبی

مصارف و هزینه های طبی شامل موارد ذیل شده مگر محدود به اینها نمیشود:

- خدمات شفاخانه، طبی، دندان، با خدمات بصری
- حقوق بیمه برای بیمه صحی، حقوق بیمه Medicare، و هزینه ها برای نسخه های برنامه های ادویه
- نسخه ها و ادویه های بدون نسخه
- خدمات نرس در خانه و خدمات صحی خانه
- تجهیزات و وسایل طبی
- هزینه های ترانسپورت و استقرار جهت دریافت مراقبت صحی
- هزینه های مرتبط برای یک حیوان مخصوص آموزش داده شده خدمات
- هزینه های Lifeline/Medic Alert اگر توسط شخص مسلکی مراقبت صحی تجویز شود
- صورت حساب
- رسیدهای جزء به جزء نوشته شده
- بوتل های ادویه یا تابلیت با نشان قیمت
- پالیسی بیمه صحی که حق بیمه، بیمه اتکایی، پرداخت اتکایی، یا نشان دهنده کسرپذیر
- بیانیه از طرف ادویه فروشی
- توافق بازپرداخت با فراهم کننده
- بیانیه داکتر که تصدیق مینماید ادویه بدون نسخه تجویز شده بود
- صورت حساب هزینه های نرس، خانه دار، یا کمک کننده صحی در خانه
- رسیدهای استقرار و/یا ترانسپورت برای دریافتن درمان یا خدمات صحی
- صورت حساب یا رسید برای خدمات غذا، آموزش حیوان، یا خدمات وترنری برای یک حیوان مخصوص آموزش داده شده خدمات

برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP) و برنامه توضیح مواد غذایی در مناطق اختصاصی سرخ پوستان بومی ایالات
متحده آمریکا (FDPIR) نمایندگی های ایالتی یا محلی و دریافت کننده های فرعی شان باید بیانیه عدم تبعیض زیر را به
نشر برسانند:

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا
(USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی) عقیده
مذهبی، معلولیت، سن، اعتقادات سیاسی، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع میباشد.

معلومات در مورد این برنامه میتواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و
نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان
اشاره ای آمریکایی) (باید با اداره ایالتی یا محلی) که در آنجا درخواست برای دریافت مزایا کرده اند تماس بگیرند. افرادی
که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی های گفتاری اند، می توانند از طریق خدمات باز پخش فدرال با وزارت زراعت ایالات
متحده آمریکا به شماره 877-8339-800 (تماس بگیرند).

برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فورمه AD-3027 را که فورمه شکایت تبعیض USDA
(وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میباشد را از آدرس اینترنتی زیر بدست آورده تکمیل

نماید. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf>

این فورمه را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده

آمریکا) (با تماس به شماره 632-9992-866) یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالات متحده
آمریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز با
جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فورمه
تکمیل شده AD-3027 باید به آدرس زیر ارسال شود:

(۱) آدرس پستی:

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; یا

(۲) شماره فکس:

یا (202)-690-7442 یا (833)-256-1665

(۳) ایمیل یا آدرس اینترنتی:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.