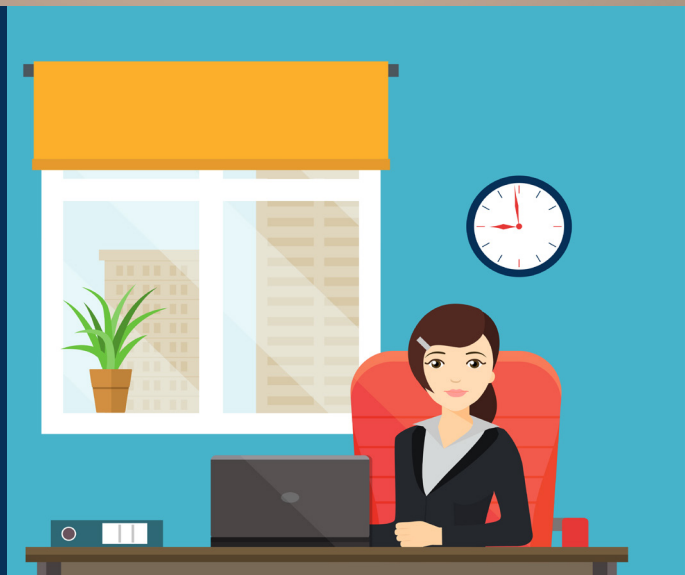




Wisconsin 的健康、
营养和 其他项目的

申请 指南



如果您有残疾并需要得到该信息的另一种形式，需要将它翻译成另一种语言，或者对于您的权利和义务存有任何疑问，请联系您的代理商（参见第 15 页）或者打电话给“Member Services (会员服务)”：800-362-3002。所有语言服务均免费。

欢迎

您是否需要帮助以获得医疗保险？您是否不确定这个月买杂货需要付多少钱？当您上学、工作或参加工作培训项目时，是否需要帮助以支付托幼费？您是否需要帮助以找到工作或培养技能，从而迈出您职业生涯的下一步？

本指南告诉您如何申请 Wisconsin 的健康、营养和其他福利及项目。申请人如合格，将得到福利或者被录入项目。



医疗保健



儿童保健



营养



就业



目录

福利和项目	4
如何申请	7
申请时需要什么	8
帮助和提示	9
提供证明	10
您将收到的信件	14
资源和人脉	15
您公平听证的权利	17
信息和隐私的收集与使用	20

福利和项目

Wisconsin 提供以下福利和项目，以帮助健康、营养、儿童保健及就业事宜。关于每一项目的更多详细信息，可访问：

- www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>。
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>。

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus 为 0-64 年龄段收入有限的人员提供医疗保险。

BadgerCare Plus Prenatal Plan 项目

BadgerCare Plus Prenatal Plan 项目为因其移民身份或在监狱中而不符合 BadgerCare Plus 条件的怀孕妇女提供关于怀孕的医疗保险。

Badger Care Plus Emergency Services

在某些情况下，BadgerCare Plus Emergency Services 为因其移民或公民身份不符合 BadgerCare Plus 条件但急需医疗护理的人员提供有限的医疗保险。

Family Planning Only Services

Family Planning Only Services 项目为男士和妇女提供与计划生育有关的特定服务和物资，以防止计划外怀孕。

对于需要此处说明福利及项目之外帮助的人员，也可提供其他资源。打电话给您的代理商或者 211，以了解更多信息。参见第 15 页，了解您代理商的联系信息

FoodShare

FoodShare Wisconsin, 又称 SNAP (补充营养协助计划的缩写)，帮助收入有限的人员购买保证其身体健康所需的食品。

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled 为年龄在 65 以上 (含 65 岁)、失明或残疾，且收入或财产有限的人员提供医疗保险。它包括以下医疗保险计划：

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- 与 SSI 相关的 Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- 长期护理，包括 Family Care, Family Care Partnership, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (包容、尊重、自管)、Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)、Institutional Medicaid 和 Katie Beckett

Family Care

Family Care 为年龄超过 65 岁以及身体、发育或智力有残疾的成人提供长期护理服务，以使他们在尽可能在家中生活。

Family Care Partnership

Family Care Partnership 为年龄超过 65 岁以及身体、发育或智力有残疾的成人提供长期护理服务、医疗保健和处方药，以帮助他们在社区中尽可能生活自立。

IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (包容、尊重、自管) 项目

IRIS 使年龄超过 18 岁 (含 18 岁)，需要长期支持的成人得以自己管控其长期护理服务。

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE 向年龄超过 55 岁 (含 55 岁)，居住在 Milwaukee 或 Waukesha 县的人员提供长期护理、医疗保险和处方药。

Institutional Medicaid (精神病医院、护理院、机构)

Institutional Medicaid 向这样的人员提供医疗保险和长期护理服务：要么在机构中已连续生活了 30 天或更久，要么预计在机构中连续生活 30 天或更久。

Katie Beckett Medicaid

Katie Beckett 项目向年龄小于 19 岁，具有长期残疾或复杂医疗需求，与其家人生活在一起的儿童提供医疗保险。

Medicare 储蓄项目

Medicare 储蓄项目帮助录入该项目的人员支付特定 Medicare 费用，具体取决于其收入和财产。

Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid 将支付 Medicare 的部分 A 和部分 B 保险费、Medicare 共同保险和免赔额。

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid 将支付 Medicare 的部分 B 保险费。

Qualified Individual Group 1 (又被称为 Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid 将支付 Medicare 的部分 B 保险费。

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid 将支付部分 A 保险费。



SeniorCare

SeniorCare 帮助年龄超过 65 岁（含 65 岁）的人员支付处方药费用。

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit 涵盖为诊断患有肺结核，却不符合 Medicaid 条件的人员所提供的肺结核相关服务。

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement 是一项现金福利，针对享有 SSI 付款并与其孩子生活在一起且照顾孩子的低收入父母。

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 项目

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 项目帮助低收入家庭支付儿童护理费用，以使父母或者其他经认可的护理人能够工作、上学或参加经认可工作培训项目。

Wisconsin Works (W-2)

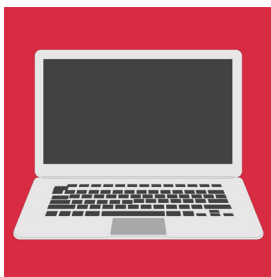
W-2 是一项时间受限的项目，旨在向低收入父母和怀孕妇女提供临时现金补助和病例管理服务。这是一项为希望从事工作活动的成人提供帮助的工作项目。



如何申请

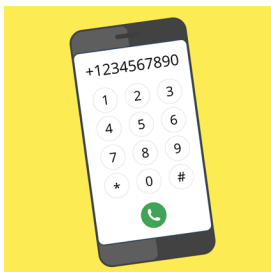
您在申请福利和项目时可以通过在线、电话、邮件或者于代理商处亲自处理等方式。如果您在阅读或书写时使用英语或西班牙语之外的语言，则需要通过致电代理商或提交书面材料来进行申请。

包括书面翻译和口译服务在内的语言辅助服务均免费。致电您的代理商以寻求帮助。参见第 15 页，了解您代理商的联系信息。



在线：仅提供英语和西班牙语服务

访问 access.wisconsin.gov。选择 “Apply for Benefits (申请福利)。” 您可以看到根据您所提供的信息所能得到的健康、营养和其他福利或项目。您可以设置 ACCESS 帐户，以查看您在线申请的状态。



电话

致电您的代理商，通过电话申请。参见第 15 页，了解您代理商的联系信息。

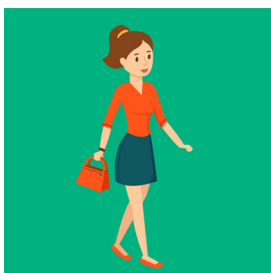


邮件或传真

打印用您所使用的语言提出的书面申请。

- **BadgerCare Plus 和 Family Planning Only Services** : 访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm。
- **FoodShare**: 访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm。
- **Medicaid**: 访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm。
- **SeniorCare**: 访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm。

遵循有关申请的说明进行递交。如果您传真申请书，请确保要传送申请书的两面。

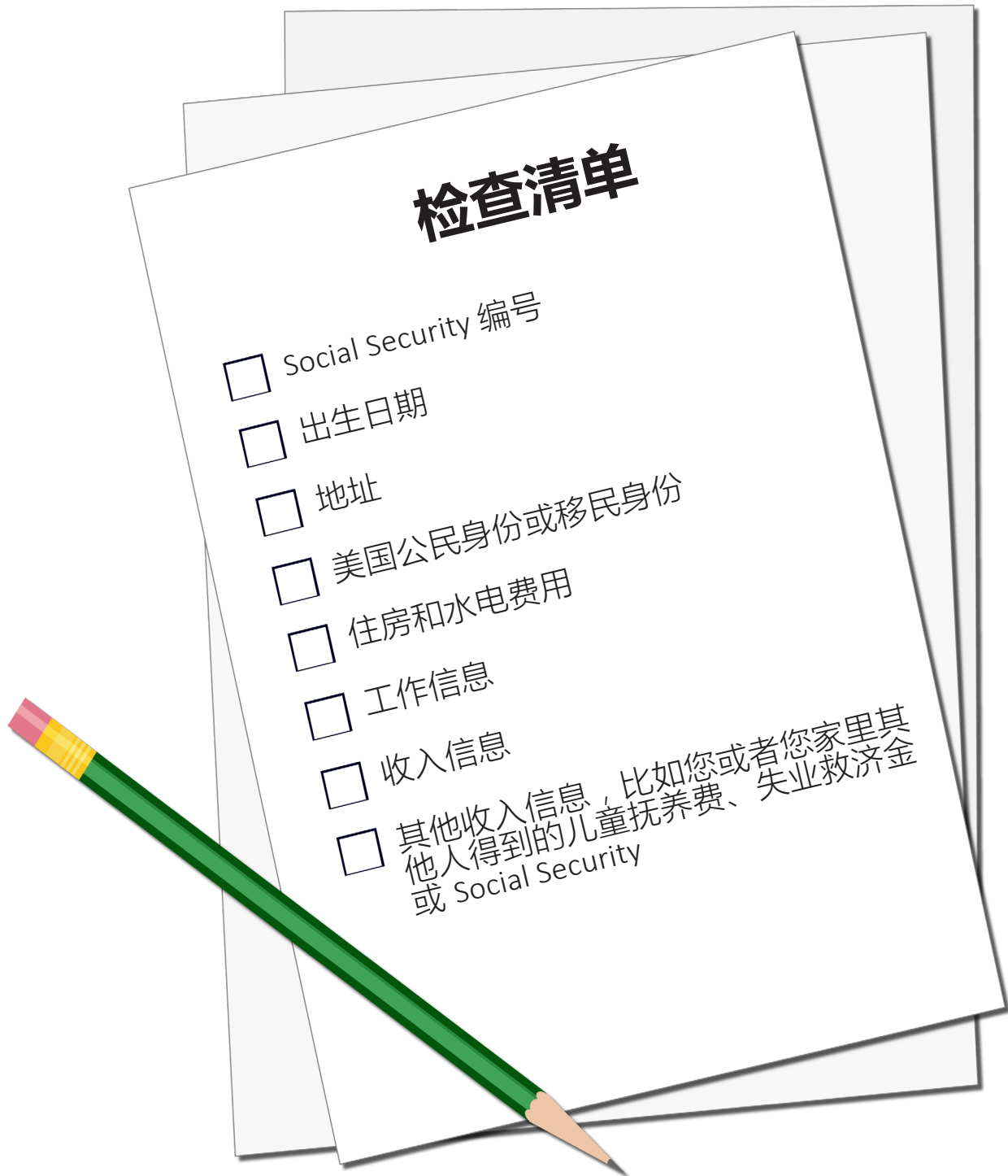


亲自递送

拜访您的代理商，一位工作人员会帮助您填写书面申请书或者在线申请。参见第 15 页，了解您代理商的联系信息。

申请时需要什么

当您在申请福利或项目时，可能会被要求提供部分或全部以下信息，用于个人申请。在申请时提供该类信息会使申请变得更快更容易。



帮助和提示

其他帮助来源

任何人，比如朋友、亲戚或邻居，都可以帮助您申请福利。如果您要求某人或某组织帮助您申请并管理您的福利，您或者法院需要对他们予以任命，以代表您行事。以下列出了经任命后可以代表您行事的代表。

经授权的代表

经授权代表是您任命的个人或组织，他们可以帮助您申请并管理您的福利或项目。

您可以通过完成“Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (任命、变更或解除经授权代表：人员)”表，F-10126A，任命某人为您的经授权代表。访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm 以获得该表单。

您可以通过完成“Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (任命、变更或解除经授权代表：组织)”表，F-10126B，任命某组织为您的经授权代表。访问 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm 以获得该表单。

其他代表

保护人，如房地产法定监护人之类的特定法定监护人，以及财务代理人之类的特定代理人，也可以作为您的代表行事并帮助您申请和管理您的福利与项目。也可以要求他们提供作为您代表的身份证明文档。

如要了解有关代表的更多信息，可访问：
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm。

申请时需要记住的事项

- 项目具有不同的收入限制和录入规则。真正了解您是否符合申请条件的唯一方式就是通过申请。如果您在申请之前想要知道是否符合条件，可访问 access.wisconsin.gov 并选择“Am I Eligible (我符合条件吗)?”将会向您提问，以确定您是否符合条件。
- 如果您想知道项目的当前收入限制，可访问 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。
- 如果您正在申请 FoodShare，则必须完成面谈。您可以通过打电话或者在您代理商处亲自处理来完成面谈。在线提交申请之后，您可以致电您的代理商。
- 如果是 Medicaid 和 Caretaker Supplement 项目，您需要提供财产信息，且需要提供有关该财产的证明。请提供您的银行对帐单，以使申请变得更快更容易。



提供证明

您在申请福利或项目之后，可能必须提供附加信息或证明。**您的代理商一经审查您的申请，您将会收到信，告诉您的证明**所需提供的信息。

以下是证明示例清单。在某些情况下，您的代理商可以从其他来源处得到证明，您就不必提供了。如果您需要帮助以获得证明，可以致电您的代理商。

残疾证明

- 来自 Disability Determination Bureau 的批准书
- 来自社会保障管理局的授予书

身份证明

- 有效美国护照
- 有效州驾驶执照或州身份证
- 学校照片 ID
- 员工照片 ID
- 军属身份证
- 军人卡或汇票记录
- 美国土著部落登记文件
- 对于年龄小于 18 岁的申请 BadgerCare Plus 或 Medicaid 的儿童，需要提供经签字的“Statement of Identity (身份声明)”表，F-10154 (您可以联系您的代理商以获得该表。)
- U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) 照片 ID

您可以通过 MyACCESS 移动 app、邮件或传真提供证明。

提供证明的最简捷方式就是通过 MyACCESS 移动 app。您可以在 App Store 或 Google Play 上免费下载 app。该 app 仅提供英语和西班牙语版。

其他/附加身份证明— 仅 FoodShare

- 出生证书
- 医院出生记录
- 收养证明
- 薪资单或工资单
- 已完成的 Application for a Social Security Card (社保卡申请), SS-5
- 确认或者教会成员证件
- 选民投票登记卡
- 家庭记录 (生日书、家谱、报纸出生公告、结婚证、支持或离婚文件)
- 人寿保险单
- 其他社会服务项目 ID
- 工会或者慈善互助会记录
- 姓名变更法院命令

其他/附加身份证明— FoodShare 和医疗保健

病历 (预防接种证书、医生或诊所记录、票据)

成人及儿童的美籍公民身份证明

- 有效美国护照
- 美国出生证明的核证副本
- 公民身份证
- Certificate of Citizenship or Naturalization (公民身份或归化证书)
- 收养证明
- 显示美国出生地的兵役证书、医院记录、学校记录、保险记录或者护理院记录
- 经联邦政府认可的部落颁发的美国原住民身份证或其他文件

移民身份的证明 (如果您不是美国公民)

- 永久居民或者“绿”卡
- Certificate of Naturalization (归化证书)
- USCIS 颁发的任何文件、外国人登记 (“A”) 编号或者 USCIS 编号

部落成员证明和/或美国原住民或阿拉斯加原住民血统证明

- 部落登记卡
- 由部落颁发, 指明部落身分的书面验证或文件
- 由 Bureau of Indian Affairs (印第安事务局) 颁发的 Certificate of Degree of Indian Blood (印第安血统程度证书)
- 部落人口普查文件
- 表明该人员为部落成员子孙的出生证明、病历或其他记录
- 表明该人员符合条件或者接收过印第安医疗保健提供者服务的病历或者其他文件

子女抚养费 and/或接收过赡养费付款的证明

- 法院命令
- 来自其他州的付款记录

财产证明

- 银行对帐单
- 职称
- 合同
- 契约
- 财务记录
- 人寿保险单

工作收入证明

- 最近 30 天的工资单
- “Employer Verification of Earnings (收入雇主验证) (EVF-E)” 表, F-10146 (您可以联系您的代理商以获取此表单。您的雇主必须完成表单填写并签字。将完成填写的表单返回表上地址处。)
- 来自您雇主的信件 (如果您选择信件, 则其所含信息应与 EVF-E 表一致。)

自营收入的证明

- 纳税申请书副本
- Self-Employment Income Report (自营收入报告) 表, F-00107 或者 Self-Employment Income Report: Farm Business (自营收入报告: 农场业务) 表, F-00219 (您可以联系您的代理商以获取此类表单。这些表单只有在您尚未对您的自营业务报税之前才能使用。)

其他收入证明

注：其他收入的一些示例有赡养费、子女抚养费、残疾或病假工资、利息或股息、老兵福利、工人补偿金和失业保险。

- 养老金声明
- 日常检查的副本
- Unemployment Compensation (失业补偿金) 授予书
- 表明财务结算、维护、家庭抚养费或子女抚养费的离婚文件
- 法院裁决文档
- 社会保险授予书
- Veterans Affairs (退伍军人事务) 授予书
- 补偿金授予书
- 经济资助授予书
- 表明非劳动收入的税收记录
- 来自任何其他收入来源的文档
- Kinship Care (亲属抚养)、Foster Care (家庭寄养) 或 Subsidized Guardian (补助监护人) 付款或临时护理人付款的证明 (可以是来自儿童保护服务代理机构的口头或书面确认)

Wisconsin 居住的证明

- 来自房东，带有目前地址的租约、租赁协议或者收据/信件
- 带有目前地址的抵押贷款收据
- 带有当前地址的水电和/或电话账单
- 检查存根上的姓名、目前地址和雇主
- 建房补贴项目批准文件

- 房屋节能改造项目批准文件
- Wisconsin 驾驶执照的当前状态
- 当前 Wisconsin 身份证
- 当前机动车注册登记

注：无家可归的个人和流浪家庭不必提供其家庭地址验证，但必须证明他们生活在 Wisconsin 并打算继续生活在此。

教育证明

- 学校时间表
- 成绩报告单

医疗费用证明

- 帐单明细表或分项收据
- 表明部分 B 保险范围的 Medicare 卡
- 表明保险费、共同保险、共同付费或免赔额的健康保险单
- 标签上标有价格的药瓶

税前扣除证明

- 检查存根
- 来自雇主的信

税额扣减证明

- 收据
- 银行对帐单
- 检查存根
- 过去年份的纳税申报表

无法照料子女和参与核准活动的证明

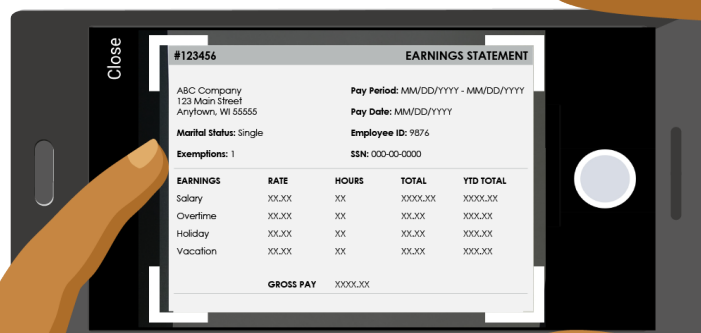
来自医生、精神病医师或心理医生的信件，声明该家长无法照料子女且无法参与核准活动。

儿童护理费用证明

- 来自儿童护理提供者的书面声明
- 已取消的检查
- 已付收据或账单

住房和/或水电费证明

- 抵押贷款付款记录
- 租金收据
- 来自房东的声明
- 租约
- HUD 建房补贴批准
- 物业税单
- 水电费账单
- 来自水电公司的声明
- 电话账单
- 房主的保险单或者帐单明细表
- WHEAP/LIHEAP 或其他能源补助

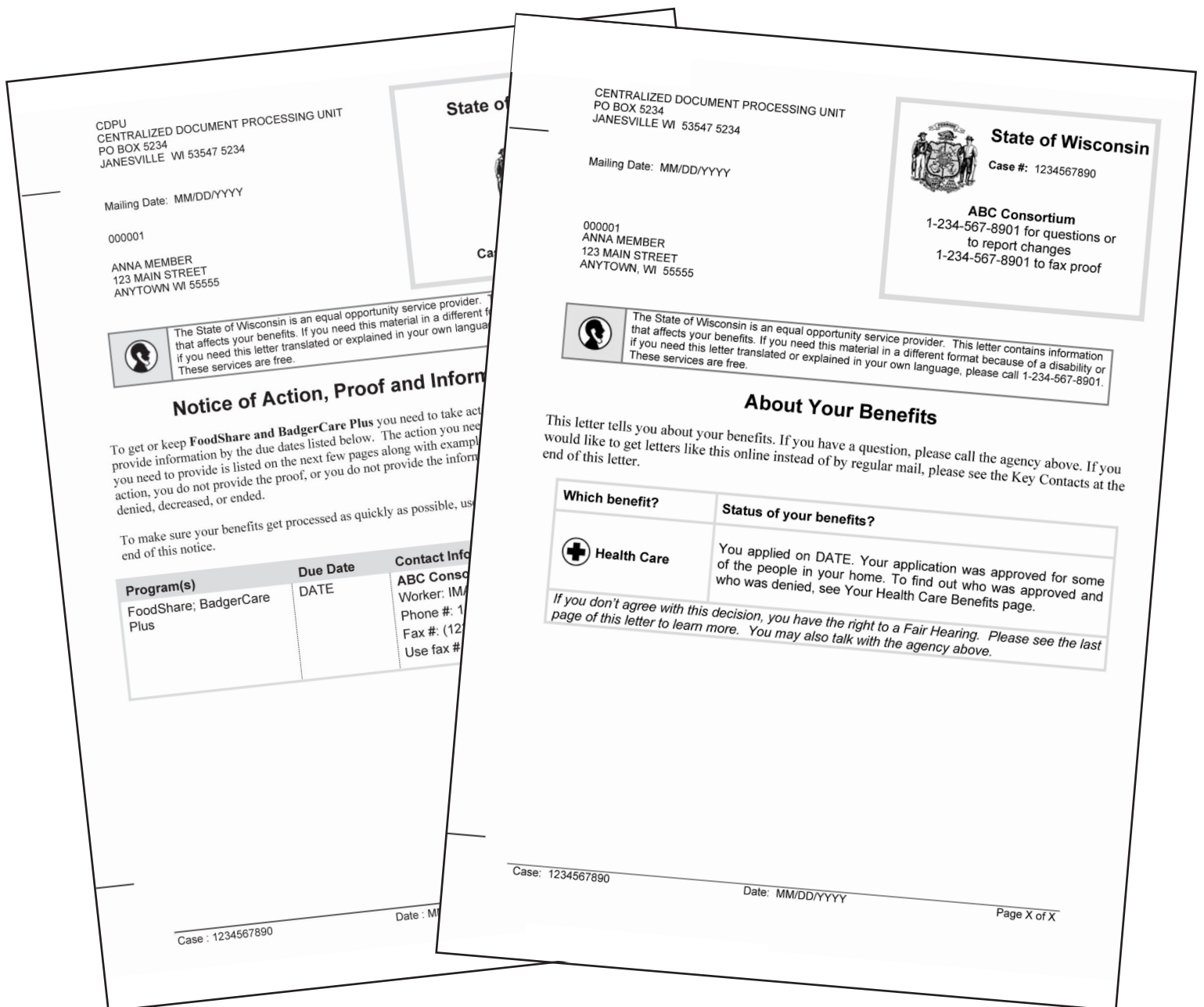


使用 MyACCESS app 给证明拍照并提交。

您将收到的信件

申请后，您将通过邮件收到信件。这些信件告诉您：您的福利和项目的状态，您的代理商是否在等待您做什么事。您可能必须提供更多的信息，完成任务或者提供关于您答复的证明。**您必须阅读您收到的每一封信，这一点很重要。**

您可以选择在线接收信件，而不是通过定期邮件。为了作出这一选择，可登录您的 ACCESS 帐户：access.wisconsin.gov。如果您没有 ACCESS 帐户，则可以创建一个，以在线查看有关您福利和项目的信件与信息。



资源和人脉

福利和项目

您的县或部落代理机构可以回答有关福利和项目的问题，帮助您应用、解释登记规则，并帮助您完成您的 FoodShare 面谈。

Wisconsin 的县代理机构分为 11 个不同的组。这些代理机构被称为联合体。

另外，在 Wisconsin 还有九个部落代理机构。如果您是部落成员，可联系您的部落代理机构。如果

您的部落没有部落代理机构，请致电您居住所在县的代理机构。

下表列出了按字母顺序排列的联合体和部落，并含有每一联合体或部落的电话号码以及构成每一联合体的县。拨打联合体主电话号码，与代理机构通话。例如，如果您居住在绿湖县，您可以拨打 888-256-4563。

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-682-7127
Bay Lake	888-794-5747
<ul style="list-style-type: none"> • Brown • Door • Marinette • Oconto • Shawano 	
Capital	888-794-5556
<ul style="list-style-type: none"> • Adams • Columbia • Dane • Dodge • Juneau • Richland • Sauk • Sheboygan 	
Central	888-445-1621
<ul style="list-style-type: none"> • Langlade • Marathon • Oneida • Portage 	
East Central Income Maintenance Partnership	888-256-4563
<ul style="list-style-type: none"> • Calumet • Green Lake • Kewaunee • Manitowoc • Marquette • Outagamie • Waupaca • Waushara • Winnebago 	
Forest County Potawatomi Community	715-478-4433
Great Rivers	888-283-0012
<ul style="list-style-type: none"> • Barron • Burnett • Chippewa • Douglas • Dunn • Eau Claire • Pierce • Polk • St. Croix • Washburn 	
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin	715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin	715-799-5137

MILES	888-947-6583
Milwaukee	
Moraine Lakes	888-446-1239
<ul style="list-style-type: none"> • Fond du Lac • Ozaukee • Walworth • Washington • Waukesha 	
Northern	888-794-5722
<ul style="list-style-type: none"> • Ashland • Bayfield • Florence • Forest • Iron • Lincoln • Price • Rusk • Sawyer • Taylor • Vilas • Wood 	
Oneida Nation	800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa	715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community	715-478-3265
Southern	888-794-5780
<ul style="list-style-type: none"> • Crawford • Grant • Green • Iowa • Jefferson • Lafayette • Rock 	
Stockbridge-Munsee Community	715-793-4032
Western Region for Economic Assistance	888-627-0430
<ul style="list-style-type: none"> • Buffalo • Clark • Jackson • La Crosse • Monroe • Pepin • Trempealeau • Vernon 	
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)	888-794-5820
<ul style="list-style-type: none"> • Kenosha • Racine 	

医疗保健服务

有关 BadgerCare Plus 和 Medicaid 涵盖服务的相关问题, 可以致电 Member Services (会员服务) : 800-362-3002。

SeniorCare

有关 SeniorCare 的问题, 可以致电 SeniorCare 客户服务热线 : 800-657-2038。

如果您是年龄较大的成人或者有残疾, 您的当地老龄和残疾资源中心 (ADRC) 可以提供广泛系列项目和服务的相关信息, 并帮助您了解向您提供的各类长期护理服务选项。

为了找到您的 ADRC 的相关信息, 可访问 www.FindMyADRC.com。

您公平听证的权利

无论何时您的福利受到否定、削减或终止，以及您认为您的代理商做错了事，请联系您的代理商。如果代理商不同意，您可以要求代理商工作人员帮助您寻求举行前听证会和公平听证。

前听证会

通过前听证会，您也许能够与代理商达成协议，而不必再等待举行公平听证。在举行会议时，您应该从您的角度讲述事实。

您的代理商会解释：为什么采取该行动。如果代理商发现做错了事，他会改变其决定并采取纠正措施。如果代理商确定其初始决定是正确的，而您仍然觉得代理商是错的，则您有权利诉诸公平听证流程。

注：同意举行前听证会并不影响您举行公平听证的权利。您可以要求举行公平听证；但如果您对前听证会决定采取的行动感到满意，则完全可以取消公平听证。

公平听证

公平听证向您提供机会，以告知听证官员为什么您认为有关您申请或福利的决定是错误的。在进行听证时，听证官员会听取您和代理商的意见，以确定决定的对错。您可以将朋友或家庭成员带到听证会。您也可得到免费的法律帮助。要想了解更多信息，请参见第 19 页上的“法律帮助”一节。

何时应用公平听证流程

何时要求举行公平听证的示例包括以下这些：

- 您确信您的申请被不公正或错误地否定了。
- 您的福利被中断、削减或终止，您认为这是一个错误。
- 您不同意您现在收取的福利金额。
- 您的申请在 30 天内没有得到办理。

仔细阅读您收到的每一封信，以帮助理解所采取的行动。如果对您的福利所做变更的理由是联邦或者州法规变更，则不会要求“听证会和上诉司”为您举行公平听证。

如何要求举行公平听证

要求您的代理商帮助您申请公平听证，或者直接上书至：

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

您可以在线获取 Fair Hearing Request (公平听证请求) 表：www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm 或者致电 608-266-7709。

如果您选择写信而不是递交表格，则必须加入以下内容：

- 您的姓名
- 您的邮寄地址
- 有关问题的简要介绍

- 采取行动或否定服务的代理商的名称
- 您的Social Security 编号
- 您的签字

如果是 FoodShare，您的代理商可以口头接受您的请求。

如果是医疗保健，则必须不迟于诉诸行动日期之后 45 天作出公平听证请求。如果是 FoodShare，则必须不迟于诉诸行动日期之后 90 天作出请求。如果您正在享受 FoodShare 福利且不同意该福利的金额，您随时可以请求举行听证会。您最新登记信的日期可以按您必须请求听证会的日期。

您本人、您所选择的代表（如果您有一位）以及您的代理商将在听证会举行至少 10 天前收到书面通知，写明举行听证会的日期、时间和地点。

准备举行公平听证

您有权利将证人、自己的律师或另一顾问带到公平听证现场。Department of Health Services 将不会代表您支付法律帮助费用，但是他们可以帮助您找到免费法律帮助，以咨询提问或作出公平听证代表。

您有权利在准备用以决定您登记的文件时，审查任何信息。

您和您的代表有权：

- 向在公平听证现场作证的任何人提问。
- 提出你自己的论点并递交书面材料，以表明您认为自己正确的原因。

- 如果公平听证是关于您是否残疾或者因疾病/受伤而无能力工作的话，请提交医疗证据以供证明。您的代理商将负责支付医疗证据的费用。

如果您不会讲英语，您有权利带口译员到听证会现场。如果您要求，Division of Hearings and Appeals 可支付翻译或口译员的费用。

福利的继续施行

如果您正在领取福利，并要求在福利变更前召开一次听证会，那么，在听证官员作出裁定前，您可以一直获取相同的福利。

如果听证官员认为您的代理商是正确的，您可能需要返回或偿还从您要求公平听证到听证官员做出裁定之间的时间内所收取的额外福利。

如果您已经要求举行公平听证，则仍需要完成任何排定的续约。如果在举行公平听证前，您的代理商告诉您：您的登记期已经结束，则您必须重新申请并遵循所有项目规则以继续享受福利。如果续约表明：您的境况已有变化，则您的福利可能因这些变化而改变或终止。

公平听证的效果

如果公平听证对您有利，则代理商不会采取任何行动来反对您。如果您的福利已终止，则您将设法开始再次享受。您获取的有关公平听证裁决的信件中将列出您开始获得福利的日期。

如果公平听证的裁决反对您的意见，则采取的行动保持有效，且您必须偿还您应当不会忘记的任何福利。可以询问您的代理商关于福利偿还的任何限制。

不会为申请公平听证而采取任何不利于您的其他行动。

重新听证

如果您不同意公平听证的裁决，您有权利要求举行重新听证，但必须满足如下条件：

- 在可能改变裁决的听证会举行之前，拥有未知或提供给您的新证据。
- 觉得裁决事实中有错误。
- 觉得裁决的法律依据有错误。

必须在公平听证书面裁决日期之后 20 天内收到重新听证的书面请求。Division of Hearings and Appeals 将在收到书面请求起 30 天内决定是否可以进行重新听证。如果代理商在 30 天内不向您的请求作出书面响应，则您的请求将被否决。

诉诸听证会或重新听证裁决

如果您不同意公平听证或重新听证的裁决，您仍可以将该裁决诉诸您所在县的巡回法院。这件事必须在您获得关于公平听证的书面裁决之后 30 天内或者在否决重新听证请求之后 30 天内完成。在诉诸巡回法院时必须向您所在县的法院书记员提交请愿书。如果您决定在巡回法院诉诸公平听证，最好获取法律帮助。

法律帮助

您可以获得来自 Wisconsin Judicare, Inc., 或者 Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW) 的法律帮助。为找到最靠近您的办事处，可以：

- 致电 Judicare：800-472-1638, 或者访问 www.judicare.org。
- 致电 LAW：888-278-0633, 或者访问 www.badgerlaw.net。



信息和隐私的收集与使用

无歧视通知：歧视违背法律—与医疗保健相关的项目

Wisconsin Department of Health Services 遵照适用的联邦民权法且不会就种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别产生歧视。Department of Health Services 不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别排斥相关人员或区别对待。

Department of Health Services:

- 为残疾人士提供免费的帮助及服务，以有效地与我们沟通，例如：
 - 合格的手语翻译员
 - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请联系 Department of Health Services 民权协调人：844-201-6870。

如果您确信 Department of Health Services 未能提供这些服务或者以另一种方式就种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别产生歧视，您可以提交申诉至：Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, 或者发电子邮件至 dhsarc@dhs.wisconsin.gov。您可以亲自或者通过邮件、传真或电子邮件提交申诉。如果您需要得到帮助以提交申诉，Department of Health Services 的民权协调人随时恭候。

您还可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交民权投诉，以电子方式访问 Office for Civil Rights Complaint Portal： <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或者通过邮件或打电话：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

可通过该网址获得投诉表：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kansch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

USDA 无歧视声明

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾情况、年龄的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

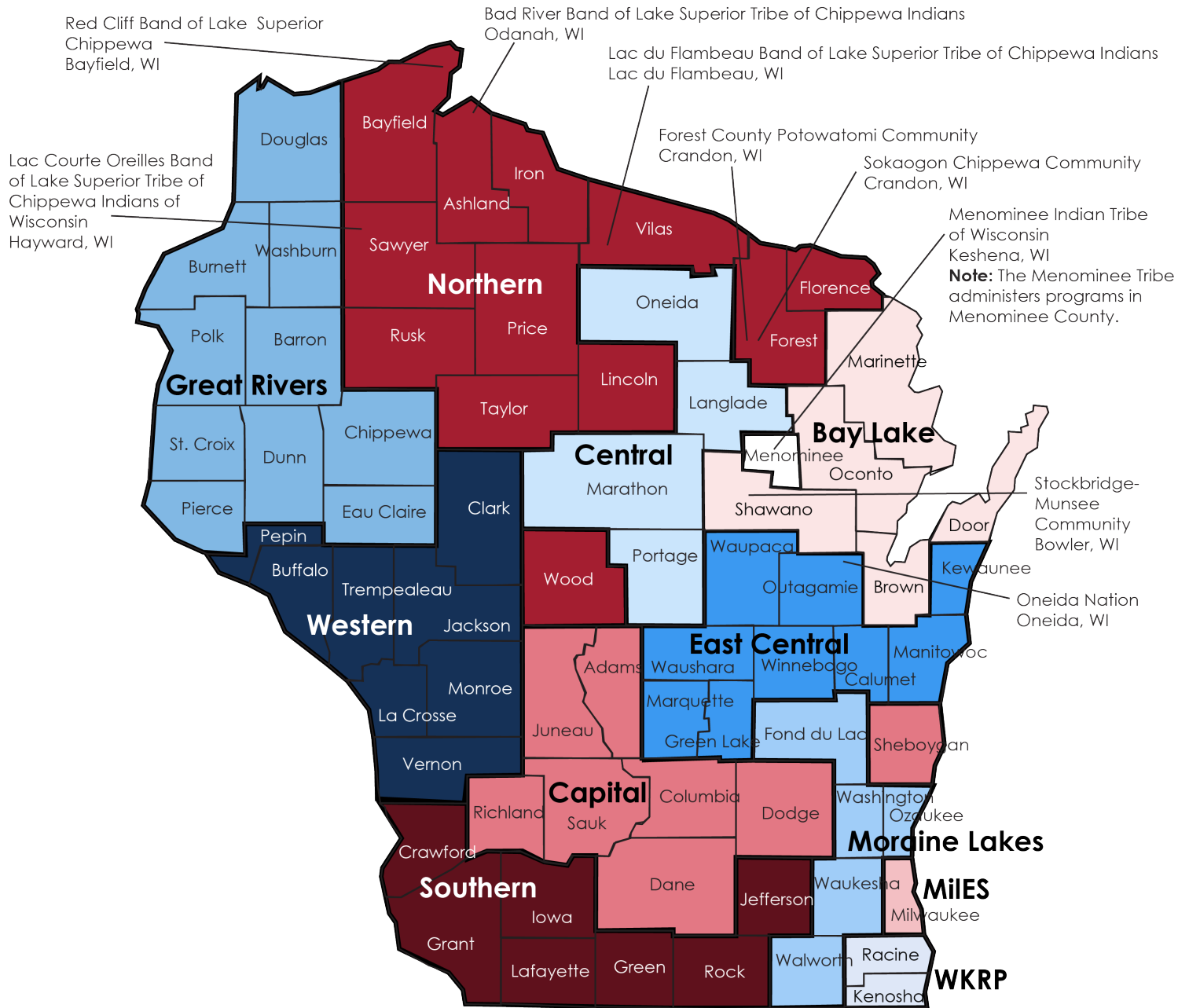
计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应联系负责实施计划的州或当地机构或USDA的TARGET中心，号码为(202) 720-2600（语音及TTY），或拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与USDA联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打 (866) 632-9992 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的AD-3027表或信函必须通过以下方式提交给 USDA：

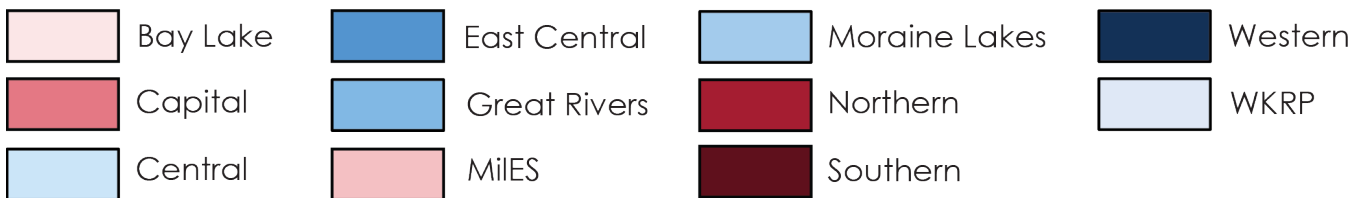
- (1) 邮件：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for
Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; 或
- (2) 传真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或者
- (3) 电子邮件：program.intake@usda.gov。

该机构提供平等的机会。

收入瞻养费 联合体和部落代理机构



Consortia:





WISCONSIN DEPARTMENT
of **HEALTH SERVICES**

P-16091CM
(03/2023)