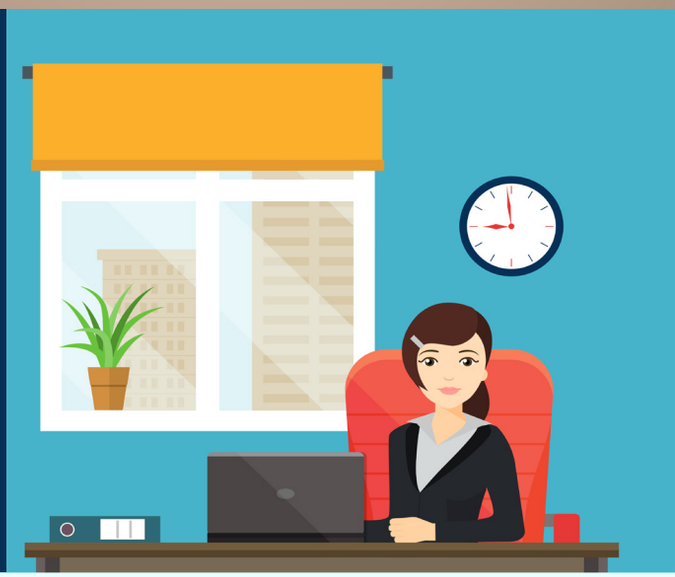
आवेदन के लिए मार्गदर्शिका

Wisconsin के स्वास्थ्य, पोषण और अन्य प्रोग्राम्स के लिए



यदि आपको कोई अक्षमता है और आपको यह सूचना किसी अन्य प्रारूप में चाहिए, इसका अनुवाद किसी और भाषा में चाहिए, या आपके अधिकारों और उत्तरदायित्वों के संबंध में आपके कोई प्रश्न हैं, तो अपनी एजेंसी से संपर्क करें (पृष्ठ 15 देखें) या **Member Services** से **800-362-3002** पर संपर्क करें। सभी भाषा सेवाएँ निःशुल्क हैं।

आपका स्वागत है

क्या आपको स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करने में सहायता की आवश्यकता है? क्या आप चिंतित है कि आप इस महीने अपने घरेलू राशन के लिए पैसे कहाँ से लाएँगे? क्या आपको स्कूल जाने, काम करने या कार्य प्रशिक्षण प्रोग्राम के दौरान बच्चों की देखभाल की लागत का भुगतान करने में मदद की ज़रूरत है? क्या आपको अपने करियर के प्रगति के लिए कौशल बढ़ाने मे मदद चाहिए?

यह मार्गदर्शिका आपको Wisconsin के स्वास्थ्य, पोषण और अन्य लाभकर प्रोग्रामों के लिए आवेदन करने मे मार्गदर्शन करती है। जो व्यक्ति इस प्रोग्राम के लिए आवेदन करेगा और योग्य पाया जाएगा उसे लाभ मिलेंगे या इस प्रोग्राम में नामांकित किया जाएगा।

विषय वस्तु

लाभ और प्रोग्राम	4
आवेदन कैसे करें	7
आपको आवेदन करने के लिए किस चीज की जरूरत है	8
सहायता और सुझाव	9
प्रमाण देना	10
आपको मिलने वाले पत्र	14
संसाधन और संपर्क	15
आपकी निष्पक्ष सुनवाई का अधिकार	17
जानकारी और गोपनीयता का संकलन और उपयोग	20

लाभ और प्रोग्राम

Wisconsin में स्वास्थ्य, पोषण, बच्चों की देखभाल और रोजगार के लिए निम्नलिखित लाभ और प्रोग्राम उपलब्ध हैं। प्रत्येक प्रोग्राम के बारे में अधिक विस्तृत जानकारी के लिए, देखें:

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

उन लोगों के लिए अन्य संसाधन भी उपलब्ध हो सकते हैं जिन्हें यहाँ दिये गए लाभ और प्रोग्राम्स के अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो। अधिक जानकारी के लिए अपनी एजेंसी या 211 पर कॉल करें। अपनी एजेंसी की संपर्क जानकारी के लिए पृष्ठ 15 देखें।

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus 0–64 वर्ष की आयु के सीमित आय वाले व्यक्तियों के लिए स्वास्थ्य देखभाल कवरेज उपलब्ध कराता है।

BadgerCare Plus Prenatal Plan Program

BadgerCare Plus Prenatal Plan Program द्वारा उन गर्भवती महिलाओं को गर्भावस्था-संबंधी स्वास्थ्य देखभाल कवरेज उपलब्ध कराया जाता है जो अपनी आप्रवास स्थिति के कारण या जेल में होने के कारण, BadgerCare Plus के लिए पात्र नहीं हैं।

Badger Care Plus Emergency Services

BadgerCare Plus Emergency Services द्वारा उन व्यक्तियों को सीमित स्वास्थ्य देखभाल दिया जाता है, जो अपनी आप्रवास स्थिति के कारण या जेल में होने के कारण, BadgerCare Plus के लिए पात्र नहीं हैं लेकिन जिन्हें स्वास्थ्य देखभाल की तुरंत आवश्यकता हैं।

Family Planning Only Services

Family Planning Only Services प्रोग्राम द्वारा पुरुषों और महिलाओं को परिवार नियोजन संबंधी सेवाएँ और अवांछित गर्भावस्था से बचने के लिए साधन उपलब्ध कराये जाते हैं।

FoodShare

FoodShare Wisconsin, जिसे SNAP भी कहते हैं (जिसका अर्थ पूरक पोषण सहायता प्रोग्राम है), सीमित आय वाले लोगों के स्वास्थ के लिए आवश्यक भोजन ख़रीदने में सहायता करता है।

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled द्वारा उन लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल कवरेज उपलब्ध कराया जाता है जिनकी आयु 65 वर्ष से अधिक है, या वे दृष्टिहीन हैं, या दिव्यांग हैं तथा जिनकी आय या संपत्ति सीमित हैं। इसमें निम्नलिखित स्वास्थ्य देखभाल कवरेज योजनाएँ शामिल हैं:

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- SSI से संबंधित Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Family Care, Family Care Partnership, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (इन्क्लूड, रिस्पेक्ट, आई सेल्फ-डायरेक्ट), Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Institutional Medicaid, और Katie Beckett सहित लंबे समय तक देखभाल

Family Care

Family Care द्वारा 65 वर्ष से अधिक आयु वाले वयस्कों तथा शारीरिक, विकास संबंधी या बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित वयस्कों को लंबे समय तक देखभाल सेवाएँ उपलब्ध कराई जाती हैं ताकि जब भी संभव हो तब वे अपने घर में रह सकें।

Family Care Partnership

Family Care Partnership द्वारा 65 वर्ष से अधिक आयु वाले वयस्कों तथा शारीरिक, विकास संबंधी या बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित वयस्कों को दीर्घकालीन देखभाल सेवाएँ, स्वास्थ्य देखभाल तथा प्रिस्क्रिप्शन दवाएँ उपलब्ध कराई जाती हैं ताकि वे यथासंभव स्वतंत्र रूप से समाज में रह सकें।

IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (इन्क्लूड, रिस्पेक्ट, आई सेल्फ-डायरेक्ट) प्रोग्राम

IRIS द्वारा 18 वर्ष या उससे अधिक की आयु वाले वयस्क जिन्हें लंबी अवधि तक सहारे की जरूरत होती है, उन्हें स्वयं अपनी दीर्घकालिक देखभाल करने का अवसर दिया जाता है।

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

PACE द्वारा 55 वर्ष से अधिक की आयु वाले मिलवॉकी या वॉकेशा काउंटी के निवासियों को दीर्घकालीन देखभाल, स्वास्थ्य देखभाल कवरेज तथा प्रिस्क्रिप्शन दवाएँ उपलब्ध कराये जाते हैं।

Institutional Medicaid (अस्पताल, चिकित्सा गृह, मानसिक रोग संस्था)

Institutional Medicaid द्वारा उन लोगों को स्वास्थ्य देखभाल कवरेज और दीर्घकालीन देखभाल सेवा उपलब्ध कराये जाते हैं जो या तो किसी संस्था में 30 या उससे अधिक दिनों से लगातार रह रहे हैं या जिनके किसी संस्था में 30 या उससे अधिक दिनों तक लगातार रहने की अपेक्षा है।

Katie Beckett Medicaid

Katie Beckett प्रोग्राम द्वारा परिवार मे रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के दिव्यांग बच्चों और जिन्हें लंबे इलाज की आवश्यकता होती है उन्हे स्वास्थ देखभाल कवरेज उपलब्ध कराया जाता है।

Medicare Savings Programs

Medicare बचत प्रोग्राम द्वारा Medicare प्रोग्राम के लिए दर्ज लोगों को आय और संपत्ति के आधार पर निश्चित Medicare का खर्च दिया जाता है।

Qualified Medicare Beneficiary

Medicare भाग ए और भाग बी के प्रीमियम, Medicare सहबीमा तथा कटौतियों का भुगतान Medicaid द्वारा किया जाएगा।

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid द्वारा Medicare भाग बी के प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा।

Qualified Individual Group 1 (Specified Low Income Beneficiary Plus भी कहा जाता है)

Medicaid द्वारा Medicare भाग बी के प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा।

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid द्वारा भाग ए के प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा।

SeniorCare

SeniorCare द्वारा 65 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों की प्रिस्क्रिप्शन दवाओं का ख़र्च उठाने में मदद की जाती है।

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit द्वारा उन व्यक्तियों के लिए टीबी संबंधी सेवाओं को कवर किया जाता है जिन्हें टीबी का निदान तो हो गया है मगर जो Medicaid के पात्र नहीं हैं।

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement उन गरीब माता पिता के लिए नकद लाभ है जिन्हें SSI भुगतान मिल रहा है और जो अपने बच्चों के साथ रह कर उनकी देखभाल कर रहे हैं।

Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program

Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program द्वारा गरीब परिवारों के बच्चों की देखभाल में मदद की जाती है, ताकि माता पिता या उनके अन्य देखभाल करने वाले काम पर जा सकें, स्कूल जा सकें या स्वीकृत कार्य प्रशिक्षण प्रोग्रामों में भाग ले सकें।

Wisconsin Works (W-2)

W-2 एक सीमित समय का प्रोग्राम है जिसके द्वारा गरीब माता पिता तथा गर्भवती महिलाओं को कुछ समय के लिए नकद सहायता तथा केस प्रबंधन सेवाएँ उपलब्ध कराई जाती हैं। जो वयस्क व्यक्ति रोजगार गतिविधियों मे नियुक्त होना चाहते हैं उन वयस्कों के लिए एक रोजगार प्रोग्राम है।

आवेदन कैसे करें

आप लाभ और प्रोग्रामों के लिए ऑनलाइन, फ़ोन या मेल के माध्यम से या अपनी एजेंसी में खुद जा कर आवेदन कर सकते हैं। अगर आप अंग्रेज़ी या स्पेनिश के अलावा किसी अन्य भाषा में पढ़ते या लिखते हैं, तब आपको अपनी एजेंसी को फ़ोन पर आवेदन करना होगा या लिखित में आवेदन जमा करना होगा।

लिखित अनुवाद और मौखिक दुभाषिया सेवाओं के साथ भाषा सहायता सेवाएँ नि: शुल्क हैं। सहायता के लिए अपनी एजेंसी को कॉल करें। अपनी एजेंसी की संपर्क जानकारी के लिए पृष्ठ 15 देखें।

ऑनलाइन: केवल अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध

access.wisconsin.gov पर जाएँ। "Apply for Benefits" (लाभ के लिए आवेदन करें) चुनें। आपके द्वारा दी गई जानकारी के आधार पर आपको कौनसे स्वास्थ्य, पोषण और अन्य लाभ या प्रोग्राम मिल सकते हैं आप देख सकते है। आप अपने आवेदन की ऑनलाइन स्थिति जानने के लिए एक ACCESS अकाउंट सेट अप कर सकते हैं।

फ़ोन

फ़ोन पर आवेदन करने के लिए अपनी एजेंसी से संपर्क करें। अपनी एजेंसी की संपर्क जानकारी के लिए पृष्ठ 15 देखें।

मेल या फ़ैक्स

अपनी भाषा में आवेदन का प्रिंट करें।

- **BadgerCare प्लस और परिवार नियोजन केवल सेवाएँ:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm पर जाएँ।
- **FoodShare:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm पर जाएँ।
- **Medicaid:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm पर जाएँ।
- **SeniorCare:** www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm पर जाएँ।

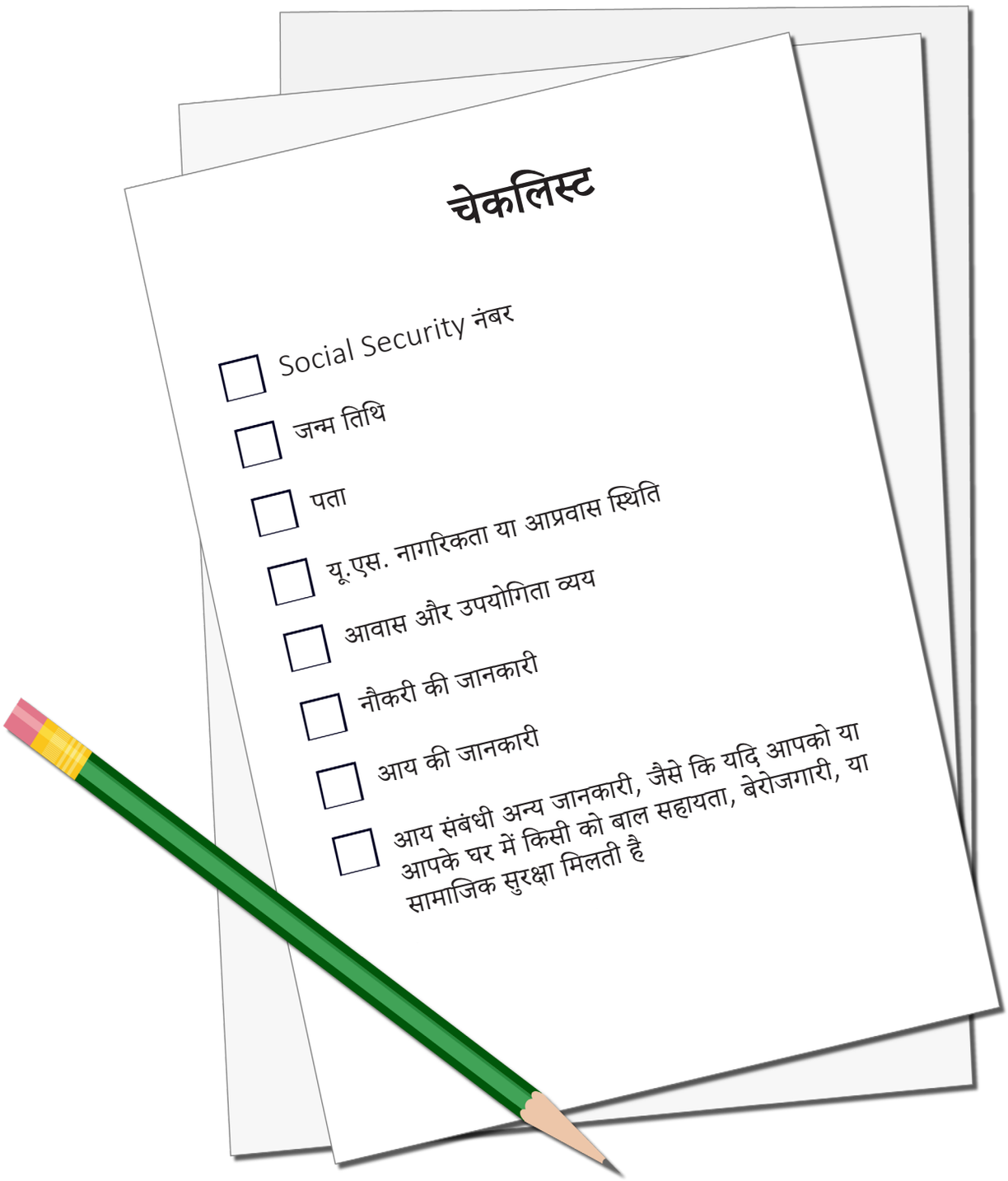
आवेदन भेजने के लिए उस पर दिये निर्देशों का पालन करें। यदि आप इसे फैक्स कर रहे हैं, तो आवेदन के दोनों ओर भेजना सुनिश्चित करें।

व्यक्तिगत रूप से

अपनी एजेंसी में जाएँ, और वहाँ एक कर्मी आपको आवेदन फॉर्म भरने या ऑनलाइन आवेदन करने में मदद करेगा। अपनी एजेंसी की संपर्क जानकारी के लिए पृष्ठ 15 देखें।

आपको आवेदन करने के लिए क्या चाहिए

जब आप लाभ या प्रोग्रामों के लिए आवेदन करेंगे, तो आवेदन करने वाले प्रत्येक व्यक्ति को निम्मंकित में से कुछ या सभी जानकारी देने के लिए कहा जा सकता है। आवेदन करते समय यह जानकारी उपलब्ध होने से आवेदन करना आपके लिए सरल और शीघ्र हो जाएगा।



सहायता और सुझाव

दूसरों से मदद लें

कोई भी, जैसे कि आपका मित्र, संबंधी या पड़ोसी आपको लाभ के लिए आवेदन करने में मदद कर सकते है। यदि आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति या संस्था आपके लाभ के लिए आवेदन करने तथा उसका प्रबंधन करने में मदद करे, तो आपको या किसी अदालत को उन्हें आपकी ओर से कार्य करने के लिए नियुक्त करना होगा। आप निम्न प्रतिनिधियों को आपकी ओर से कार्य करने के लिए नियुक्त कर सकते है।

प्राधिकृत प्रतिनिधि

प्राधिकृत प्रतिनिधि वह व्यक्ति या संगठन होता है जिसे आप आवेदन करने और अपने लाभ या प्रोग्राम्स के प्रबंधन में सहायता के लिए नियुक्त करते हैं।

आप निम्न द्वारा किसी व्यक्ति को अपना प्राधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त कर सकते हैं Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (प्राधिकृत प्रतिनिधि को नियुक्त, परिवर्तित या निरस्त करें: व्यक्ति) फ़ॉर्म, F-10126A। फ़ॉर्म प्राप्त करने के लिए www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm पर जाएँ।

आप निम्न द्वारा किसी संगठन को अपना प्राधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त कर सकते हैं Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (प्राधिकृत प्रतिनिधि को नियुक्त, बदल या हटा सकते है: संगठन) फ़ॉर्म, F-10126B। फ़ॉर्म प्राप्त करने के लिए www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm पर जाएँ।

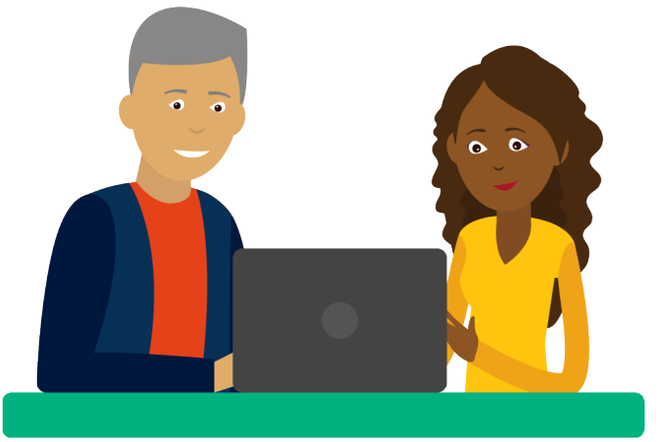
अन्य प्रतिनिधि

संरक्षक, कुछ वैधानिक अभिभावक जैसे कि किसी संपत्ति के वैधानिक अभिभावक, और कुछ पावर ऑफ अटॉर्नी जैसे कि वित्तीय पावर ऑफ अटॉर्नी भी आपके लाभ और प्रोग्राम के प्रबंधन के लिए आपके प्रतिनिधि के रूप में कार्य कर सकते हैं। उन्हें आपके प्रतिनिधि के रूप में अपनी स्थिति सिद्ध करने के लिए दस्तावेज़ प्रस्तुत करने को कहा जा सकता है।

प्रतिनिधियों के बारे में अधिक जानकारी के लिए www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm पर जाएँ।

आवेदन करते समय ध्यान रखने योग्य बातें

- प्रोग्रामो के लिए आय सीमा और नामांकन के नियम अलग-अलग हैं। केवल आवेदन करके ही आप अपने पात्रता के बारे मे जान सकते है। यदि आप आवेदन करने से पहले यह जाना चाहते हैं कि आप पात्र हैं या नहीं, तो access.wisconsin.gov पर जाएँ और "Am I Eligible?" (क्या मैं पात्र हूँ?) आपकी पात्रता जानने के लिए, आपसे प्रश्न पूछे जाएँगे।
- प्रोग्राम के लिए वर्तमान आय सीमा क्या है यह जानने के लिए www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm पर जाएँ।
- यदि आप FoodShare के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको एक साक्षात्कार पूरा करना होगा। आप फोन पर या एजेंसी में जा कर भी साक्षात्कार दे सकते हैं। अपना आवेदन ऑनलाइन जमा करने के बाद आप अपनी एजेंसी को फ़ोन कर सकते हैं।
- Medicaid and Caretaker Supplement के लिए आपको संपत्तियों की सूचना देनी होगी, और इन संपत्तियों का प्रमाण भी देना हो सकता है। आवेदन को आसानी और जल्दी से भरने के लिए अपना बैंक स्टेटमेंट तैयार रखें।



प्रमाण देना

लाभ और प्रोग्राम के लिए आवेदन करने के बाद, आपको अतिरिक्त जानकारी या प्रमाण देना हो सकता है। **आपको एक पत्र दिया जाएगा जिसमे आपकी एजेंसी द्वारा** आपके आवेदन की समीक्षा करने के बाद आपको कौन सी जानकारी प्रदान करना है यह लिखा होगा।

प्रमाणों के उदाहरणों की सूची निम्नलिखित है। कुछ मामलों में, आपकी एजेंसी को अन्य स्त्रोतों से प्रमाण मिल सकते हैं, और आपको प्रमाण देने की आवश्यकता नहीं होगी। यदि आपको प्रमाण देने में किसी मदद की आवश्यकता हो, तो अपनी एजेंसी को फ़ोन करें।

आप MyACCESS मोबाइल ऐप, मेल या फ़ैक्स से प्रमाण दे सकते हैं।

प्रमाण देने का सबसे आसान तरीका MyACCESS मोबाइल ऐप है। आप इस ऐप को App Store या Google Play से निःशुल्क डाउनलोड कर सकते हैं। ऐप केवल अंग्रेज़ी और स्पेनिश में उपलब्ध है।

दिव्यांगता का प्रमाण

- Disability Determination Bureau का स्वीकृति पत्र
- सोशल सिक्योरिटी प्रशासन द्वारा अवार्ड पत्र

पहचान का प्रमाण

- वैध यू.एस. पासपोर्ट
- वैध राज्य ड्राइवर का लाइसेन्स या राज्य का पहचान पत्र
- स्कूल चित्र पहचान पत्र
- कर्मचारी चित्र पहचान पत्र
- सैन्य आश्रित पहचान पत्र
- सैन्य पहचान पत्र या ड्राफ्ट रिकॉर्ड
- मूल अमरीकी जनजाति नामांकन दस्तावेज़
- BadgerCare Plus या Medicaid के लिए आवेदन करने वाले 18 वर्ष से कम आयु के बच्चों को एक हस्ताक्षरित Statement of Identity (पहचान का स्टेटमेंट) फ़ॉर्म, F-10154 (इस फ़ॉर्म के लिए आप अपनी एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं।) जमा करना होगा।
- U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) चित्र पहचान पत्र

पहचान के अन्य/अतिरिक्त प्रमाण - केवल FoodShare

- जन्म प्रमाणपत्र
- अस्पताल द्वारा जारी जन्म रिकॉर्ड
- गोद लेने का रिकॉर्ड
- वेतन का चेक या वेतन की पर्ची
- Application for a Social Security Card (सोशल सिक्योरिटी कार्ड के लिए भरा हुआ आवेदन), SS-5
- चर्च सदस्यता पत्रावली या पुष्टि
- मतदाता पंजीकरण कार्ड
- परिवार रिकॉर्ड्स (जन्मदिन पुस्तकें, वंशावली, समाचार पत्रों में जन्म की घोषणाएँ, विवाह लाइसेन्स, सहायता, या तलाक के काग़ज़ात)
- जीवन बीमा पॉलिसी
- अन्य सामाजिक सेवा प्रोग्राम का पहचान पत्र
- श्रमिक संघ या बिरादराना संगठन के रिकॉर्ड
- नाम बदलने संबंधी अदालत का आदेश

पहचान के अन्य/अतिरिक्त प्रमाण - FoodShare और Health Care

चिकित्सा रिकॉर्ड्स (टीकाकरण प्रमाण पत्र, डॉक्टर या क्लीनिक के रिकॉर्ड, बिल)

वयस्कों और बच्चों के लिए यू.एस. नागरिकता का प्रमाण

- वैध यू.एस. पासपोर्ट
- यू.एस. जन्म प्रमाणपत्र की प्रमाणित प्रति
- नागरिकता पहचान कार्ड
- नागरिकता या देशीकरण का प्रमाण पत्र
- गोद लेने से संबधित काग़ज़ात
- सैन्य रिकॉर्ड, अस्पताल के रिकॉर्ड, स्कूल के रिकॉर्ड, बीमा के रिकॉर्ड, या नर्सिंग होम के रिकॉर्ड जिसमें जन्म स्थल यू.एस. दिखाया गया हो।
- मूल अमरीकन पहचान पत्र या कोई अन्य दस्तावेज़ जिसे केंद्र सरकार के स्वीकृत जनजाति द्वारा जारी किया गया है

आप्रवास स्थिति का प्रमाण (यदि आप यू.एस. नागरिक नहीं हैं)

- स्थाई निवासी या "ग्रीन" कार्ड
- Certificate of Naturalization (देशीकरण का प्रमाणपत्र)
- USCIS द्वारा जारी किया गया कोई भी दस्तावेज़, अन्यदेशीय पंजीकरण ("ए") नंबर, या USCIS नंबर

जनजातीय सदस्यता तथा/या मूल अमरीकन या मूल अलास्का वंश का प्रमाण

- जनजातीय पंजीकरण कार्ड
- जनजातीय संबद्धता दर्शाता हुआ जनजाति द्वारा ज़ारी किया गया लिखित सत्यापन या दस्तावेज़
- Bureau of Indian Affairs द्वारा जारी किया गया Certificate of Degree of Indian Blood (मूल निवासी होने की प्रमाण दर्शाता प्रमाणपत्र)
- जनजातीय जनगणना दस्तावेज़
- जन्म प्रमाणपत्र , चिकित्सा या अन्य रिकॉर्ड जो यह दर्शाते है कि व्यक्ति किसी जनजाति सदस्य का बेटा/बेटी या पोटा/पोती/ नाती/ नातिन है
- चिकित्सा रिकॉर्ड या अन्य दस्तावेज़ जो यह दर्शाते है कि व्यक्ति या तो पात्र है या उसने किसी भारतीय स्वास्थ्य प्रदाता से सेवाएँ प्राप्त की हैं

बाल सहायता तथा/या भरण-पोषण भत्ता देने या लेने का प्रमाण

- अदालत का आदेश
- अन्य राज्यों से भुगतान के रिकॉर्ड

संपत्तियों के प्रमाण

- बैंक स्टेटमेंट
- टाइटल
- संविदा
- विलेख
- वित्तीय रिकॉर्ड्स
- जीवन बीमा पॉलीसियाँ

नौकरी की आय का प्रमाण

- पिछले 30 दिनों की वेतन पर्चियाँ
- एक Employer Verification of Earnings (आय का नियोक्ता सत्यापन) (EVF-E) फ़ॉर्म, F-10146 (इस फ़ॉर्म के लिए आप अपनी एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं। आपके नियोक्ता को इस फ़ॉर्म को पूरी तरह भर कर इस पर हस्ताक्षर करना जरूरी है। पूरी तरह से भरे हुये इस फ़ॉर्म को फ़ॉर्म में दिये पते पर वापस भेंज दें।)
- नियोक्ता से एक पत्र (अगर आप पत्र का विकल्प चुनते हैं, तब उसमें वही सब जानकारी होनी चाहिए जो EVF-E फ़ॉर्म में होती है।)

स्वरोजगार आय का प्रमाण

- टैक्स फ़ॉर्म की प्रतिलिपि
- Self-Employment Income Report (स्व-नियोजन आय रिपोर्ट) फ़ॉर्म, F-00107, या Self-Employment Income Report: Farm Business (स्व-नियोजन आय रिपोर्ट: कृषि व्यापार) फ़ॉर्म, F-00219
  (इन फ़ॉर्मों के लिए आप अपनी एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं। इन फ़ॉर्मों का उपयोग केवल तभी करें जब आपने अभी तक अपने स्वरोजगार व्यवसाय के कर विवरण फ़ाइल नहीं किए हों।

अन्य आय का प्रमाण

नोट: अन्य आय के कुछ उदाहरण मे निर्वाह व्यय, बाल सहायता, विकलांगता या बीमारी का वेतन, ब्याज़ या लाभांश, वृद्धावस्था भत्ता, मज़दूरों का मुआवज़ा तथा बेरोज़गारी बीमा शामिल है।

- पेंशन स्टेटमेंट
- करंट चेक की प्रतिलिपि
- बेरोज़गारी मुआवज़ा अवार्ड पत्र
- वित्तीय समझौता, निर्वाह भत्ता, परिवार सहायता या बाल सहायता दर्शाते हुये तलाक के दस्तावेज़
- अदालत द्वारा अवार्ड किए गए समझौते के दस्तावेज़
- सोशल सिक्योरिटी अवार्ड पत्र
- Veterans Affairs अवार्ड पत्र
- मुआवज़ा अवार्ड पत्र
- वित्तीय सहायता अवार्ड पत्र
- अनर्जित आय का विवरण दर्शानेवाले टैक्स रिकॉर्ड
- आय के किसी अन्य स्त्रोत संबंधी दस्तावेज़
- Kinship Care (संबंधी द्वारा देखभाल), Foster Care (पालक देखभाल), या Subsidized Guardian (आर्थिक सहायता प्राप्त अभिभावक) भुगतान या अन्तरिम देखभाल करने का भुगतान (बाल सुरक्षात्मक सेवा एजेंसी द्वारा चाहे लिखित हो या मौखिक पुष्टि)

Wisconsin निवास का प्रमाण

- वर्तमान पते के साथ मकान मालिक का लीज़, किराए का समझौता, या रसीद या पत्र
- वर्तमान पते के साथ-साथ गिरवी रखे जाने की रसीद
- वर्तमान पते के साथ यूटिलिटी और/या फ़ोन बिल
- नाम, वर्तमान पते और नियोक्ता के साथ चेक की पर्ची
- रियायती आवास प्रोग्राम के मंजूरी का दस्तावेज़
- वेदराइज़ेशन प्रोग्राम के अनुमोदन का दस्तावेज़
- विस्कॉन्सिन के ड्राइवर लाइसेन्स की स्थिति
- मौजूदा विस्कॉन्सिन पहचान कार्ड
- मौजूदा मोटर वाहन पंजीकरण

नोट: बेघर व्यक्तियों और परिवारों को अपने घर के पते का सत्यापन प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं है परंतु उन्हें यह प्रमाण ति करना होगा कि वे विस्कॉन्सिन में रहते हैं और वे विस्कॉन्सिन में ही रहना चाहते है।

शिक्षा का प्रमाण

- स्कूल शिड्यूल
- रिपोर्ट कार्ड

चिकित्सीय ख़र्च का प्रमाण

- बिल के स्टेटमेंट या आइटम के अनुसार रसीदें
- भाग बी कवरेज दर्शाता हुआ मेडिकेयर कार्ड
- प्रीमियम, सहबीमा, सहभुगतान या कटौतियाँ दर्शाती स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी
- दवा या गोलियों की बोतल जिसके लेबल पर दाम लिखा हो

टैक्स पूर्व कटौतियों का प्रमाण

- चेक स्टब्स
- नियोक्ता का पत्र

टैक्स कटौतियों का प्रमाण

- रसीदें
- बैंक स्टेटमेंट
- चेक स्टब्स
- पिछले वर्षों के टैक्स फ़ॉर्म

बच्चों की देखभाल करने में और अनुमोदित गतिविधि के लिए असक्षमता का प्रमाण

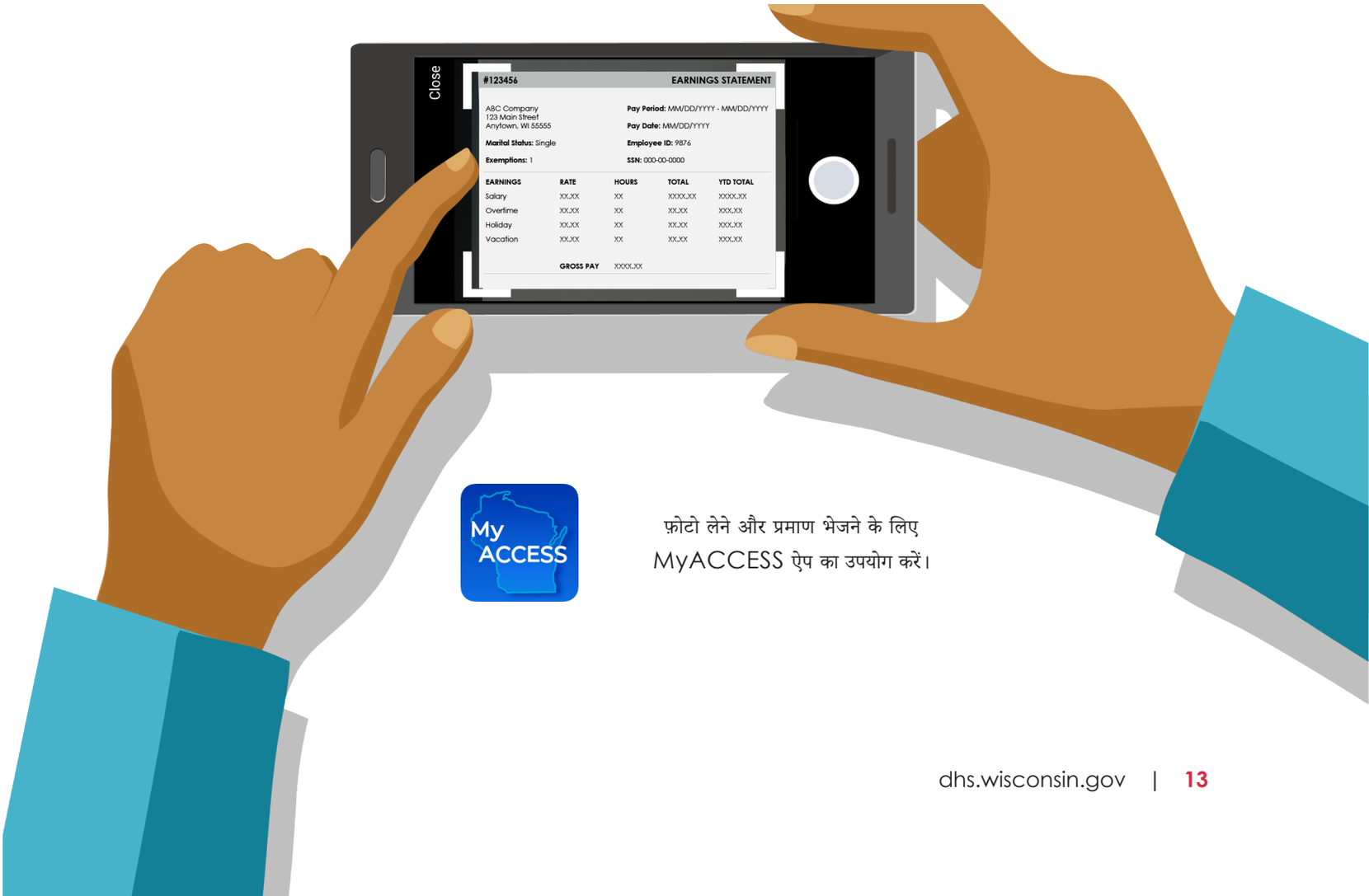
किसी चिकित्सक, मनोचिकित्सक या मनोवैज्ञानिक द्वारा घोषणा करता हुआ पत्र कि माता पिता बच्चों की देखभाल करने में और कोई काम करने के लिए सक्षम नहीं हैं

बच्चों की देखभाल की लागत का प्रमाण

- बच्चों के देखभालकर्ता का लिखित स्टेटमेंट
- रद्द किए गए चेक
- भुगतान की रसीदें या बिल

आश्रय का प्रमाण तथा/या यूटिलिटी खर्चे

- गिरवी के भुगतान के रिकॉर्ड
- किराये की रसीदें
- मकान मालिक से वक्तव्य
- लीज़
- HUD द्वारा रियायती घर की मंजूरी
- संपत्ति कर स्टेटमेंट
- यूटिलिटी बिल
- यूटिलिटी कंपनी का स्टेटमेंट
- फ़ोन बिल
- गृहस्वामी की बीमा पॉलिसी या बिल का स्टेटमेंट
- WHEAP/LIHEAP या कोई अन्य ऊर्जा सहायता

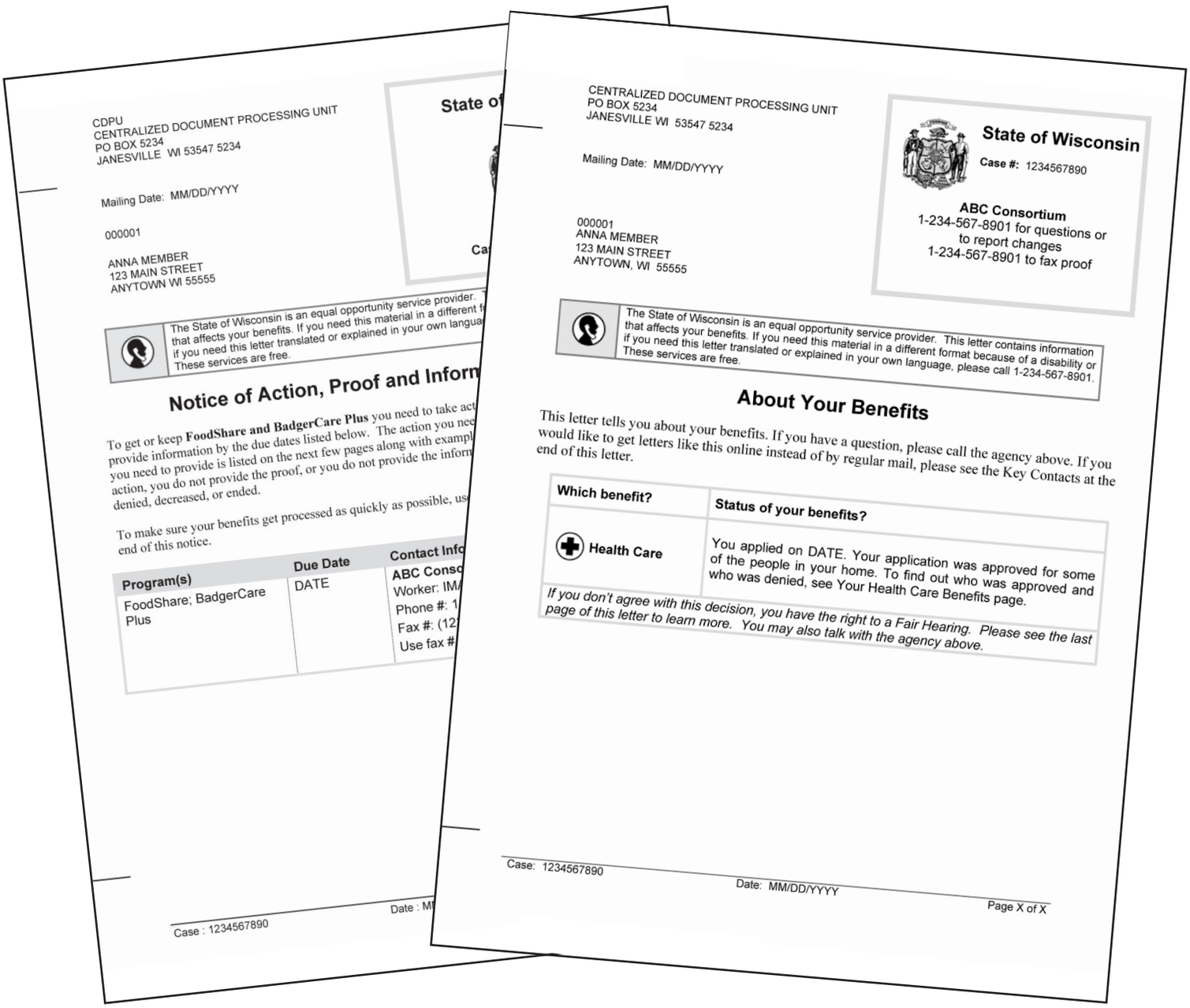


फ़ोटो लेने और प्रमाण भेजने के लिए
MyACCESS ऐप का उपयोग करें।

आपको मिलने वाले पत्र

आवेदन के बाद, आपको मेल में पत्र मिलेंगे। इन पत्रों द्वारा आपको आपके लाभ और प्रोग्रामों की स्थिति सूचित की जाएगी और यह भी कि क्या आपकी एजेंसी को आपसे कुछ और जानकारी चाहिए। आपको शायद कुछ अतिरिक्त जानकारी देनी पड़ सकती है, कोई काम पूरा करना हो सकता है, या अपने उत्तरों के संबंध में प्रमाण देने हो सकते हैं। **आपको प्राप्त होने वाले हर पत्र आपको पढ़ना जरूरी है।**

आप यह तय कर सकते हैं कि नियमित डाक की जगह आपको पत्र ऑनलाइन मिलें। यह विकल्प चुनने के लिए, access.wisconsin.gov में अपने ACCESS अकाउंट में लॉग इन करें। अगर आपके पास ACCESS अकाउंट नहीं है, आप अपने पत्रों को देखने के लिए और लाभ तथा कार्यक्रमों की जानकारी ऑनलाइन प्राप्त करने के लिए एक नया अकाउंट बना सकते हैं।



CDPU
CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234

Mailing Date: MM/DD/YYYY

000001

ANNA MEMBER
123 MAIN STREET
ANYTOWN WI 55555

The State of Wisconsin is an equal opportunity service provider. T
that affects your benefits. If you need this material in a different f
if you need this letter translated or explained in your own langua
These services are free.

Notice of Action, Proof and Inform

To get or keep **FoodShare and BadgerCare Plus** you need to take act
provide information by the due dates listed below. The action you nee
you need to provide is listed on the next few pages along with exampl
action, you do not provide the proof, or you do not provide the inform
denied, decreased, or ended.

To make sure your benefits get processed as quickly as possible, us
end of this notice.

Program(s)	Due Date	Contact Info
FoodShare; BadgerCare Plus	DATE	ABC Conso Worker: IM/ Phone #: 1 Fax #: (12 Use fax #

Case : 1234567890 Date : M

CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234

Mailing Date: MM/DD/YYYY

000001
ANNA MEMBER
123 MAIN STREET
ANYTOWN, WI 55555

State of Wisconsin
Case #: 1234567890

ABC Consortium
1-234-567-8901 for questions or to report changes
1-234-567-8901 to fax proof

The State of Wisconsin is an equal opportunity service provider. This letter contains information that affects your benefits. If you need this material in a different format because of a disability or if you need this letter translated or explained in your own language, please call 1-234-567-8901. These services are free.

About Your Benefits

This letter tells you about your benefits. If you have a question, please call the agency above. If you would like to get letters like this online instead of by regular mail, please see the Key Contacts at the end of this letter.

Which benefit?	Status of your benefits?
Health Care	You applied on DATE. Your application was approved for some of the people in your home. To find out who was approved and who was denied, see Your Health Care Benefits page.

If you don't agree with this decision, you have the right to a Fair Hearing. Please see the last page of this letter to learn more. You may also talk with the agency above.

Case: 1234567890 Date: MM/DD/YYYY Page X of X

संसाधन तथा संपर्क

लाभ और प्रोग्राम

आपकी काउंटी या जनजातीय एजेंसी लाभ और प्रोग्रामों के बारे में प्रश्नों के उत्तर दे सकती है, आवेदन करने में आपकी सहायता कर सकती है, नामांकन के नियम समझा सकती है और आपका FoodShare साक्षात्कार पूरा करने में आपकी मदद कर सकती है।

विस्कॉन्सिन की काउंटी एजेंसियाँ 11 भिन्न समूहों में बंटी हुई हैं। एजेंसियों के इन समूहों को कंसोर्टियम कहते हैं।

Wisonsin में नौ जनजातीय एजेंसियाँ भी हैं। अगर आप जनजातीय सदस्य हैं, तब अपनी जनजातीय एजेंसी से संपर्क करें। अगर आपकी जनजाति की कोई जनजातीय एजेंसी नहीं है, तब आप जिस काउंटी में रहते हैं उसकी एजेंसी को फ़ोन करें।

नीचे दी गई सारिणी में कंसोर्टियमों और जनजातियों की वर्णक्रमानुसार सूची दी गई है जिसमें प्रत्येक कंसोर्टियम या जनजाति, तथा उन काउंटियों जिनसे वे कंसोर्टियम बने हैं, का फ़ोन नंबर दिया गया है। अपनी एजेंसी से बात करने के लिए मुख्य कंसोर्टियम के नंबर पर फ़ोन करें। जैसे कि, यदि आप ग्रीन लेक काउंटी में रहते हैं, तब आप 888-256-4563 पर फ़ोन करेंगे।

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians				**715-682-7127**
Bay Lake				**888-794-5747**
• Brown • Door	• Marinette • Oconto	• Shawano		
Capital				**888-794-5556**
• Adams • Columbia	• Dane • Dodge	• Juneau • Richland	• Sauk • Sheboygan	
Central				**888-445-1621**
• Langlade	• Marathon	• Oneida	• Portage	
East Central Income Maintenance Partnership				**888-256-4563**
• Calumet • Green Lake • Kewaunee	• Manitowoc • Marquette • Outagamie	• Waupaca • Waushara • Winnebago		
Forest County Potawatomi Community				**715-478-4433**
Great Rivers				**888-283-0012**
• 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**
• Fond du Lac • Ozaukee	• Walworth • Washington	• Waukesha	
Northern			**888-794-5722**
• 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**
• Crawford • Grant	• Green • Iowa	• Jefferson • Lafayette	• Rock
Stockbridge-Munsee Community			**715-793-4032**
Western Region for Economic Assistance			**888-627-0430**
• Buffalo • Clark	• Jackson • La Crosse	• Monroe • Pepin	• Trempealeau • Vernon
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)			**888-794-5820**
• Kenosha	• Racine		

स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ

BadgerCare Plus तथा Medicaid द्वारा कवर की जाने वाली सेवाओं संबंधी प्रश्नों के लिए, Member Services पर 800-362-3002 पर फ़ोन करें।

SeniorCare

SeniorCare संबंधी प्रश्नों के लिए SeniorCare Customer Service हॉटलाइन 800-657-2038 पर फ़ोन करें।

यदि आप वरिष्ठ नागरिक हैं या आपको किसी प्रकार की दिव्यांगता है, तब आपका स्थानीय Aging and Disability Resource Center (ADRC) आपके लिए उपयोगी कार्यक्रमों और सेवाओं की जानकारी प्रदान कर सकता है और आपके लिए उपलब्ध दीर्घकालीन देखभाल के अन्य तरीकों को समझने में मदद कर सकता है। अपने ADRC के बारे में अधिक जानकारी के लिए www.FindMyADRC.com पर जाएँ।

निष्पक्ष सुनवाई का आपका अधिकार

जब भी कभी आपको लगे कि आपके लाभ नहीं दिये गए हैं, घटा दिये गए हैं, या समाप्त कर दिये गए हैं और आपको लगता है कि आपकी एजेंसी ने कोई गलती की है, अपनी एजेंसी से संपर्क करें। अगर एजेंसी नहीं मानती है, तब आप एजेंसी कर्मी से कह सकते हैं कि वह आपकी सुनवाई से पहले की कॉन्फ्रेंस और निष्पक्ष सुनवाई के लिए आपकी मदद करे।

सुनवाई से पहले की कॉन्फ्रेंस

निष्पक्ष सुनवाई से पहले ही सुनवाई से पहले की कॉन्फ्रेंस के कारण शायद आप एजेंसी के साथ किसी समझौते पर पहुँच सकें। कॉन्फ्रेंस में आप अपना पक्ष रख सकते हैं।

आपकी एजेंसी स्पष्ट करेगी कि वह कार्य क्यों किया गया था। अगर एजेंसी को पता चलता है कि उससे ग़लती हुई है, तब वह अपना निर्णय बदलेगी और सुधार करने के लिए काम करेगी। अगर एजेंसी तय करती है कि उसका पिछला निर्णय ही सही है और आपको लगता है कि एजेंसी ग़लत है, तब आपके पास निष्पक्ष सुनवाई प्रक्रिया में जाने का अधिकार है।

नोट: सुनवाई से पहले की कॉन्फ्रेंस के लिए राजी होने से आपके निष्पक्ष सुनवाई के अधिकार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ता। आप निष्पक्ष सुनवाई की मांग कर सकते हैं, और यदि आप सुनवाई से पहले की कॉन्फ्रेंस से संतुष्ट हो जाते हैं, तो आप अपनी निष्पक्ष सुनवाई को रद्द कर सकते हैं।

निष्पक्ष सुनवाई

निष्पक्ष सुनवाई के दौरान आपको सुनवाई अधिकारी को यह बताने का अवसर मिलता है कि आपकी राय मे आवेदन और लाभ संबंधी निर्णय ग़लत हैं। सुनवाई के दौरान, सुनवाई अधिकारी आपका और एजेंसी का पक्ष सुनकर यह जानने की कोशिश करेगा कि निर्णय सही था या ग़लत। आप चाहें तो सुनवाई के दौरान किसी मित्र या परिजन को साथ ला सकते है। आप निःशुल्क क़ानूनी सहायता भी प्राप्त कर सकते हैं। और अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 19 पर Legal Help सेक्शन देखें।

निष्पक्ष सुनवाई प्रक्रिया का उपयोग कब करें

निष्पक्ष सुनवाई प्रक्रिया का उपयोग करने के उदाहरणों में निम्न शामिल हैं:

- आपको लगता है कि आपका आवेदन गलत तरीके से या ग़लती से रद्द कर दिया गया था।
- आपके लाभ रोक दिये गए थे, कम या समाप्त कर दिये गए थे, और आपको लगता है कि वह एक ग़लती थी।
- आपको जो लाभ मिल रहे हैं उनसे आप खुश नहीं हैं।
- आपके आवेदन पर 30 दिनों के अंदर कार्यवाही नहीं हुई।

की गई कार्यवाही को समझने के लिए आपको मिलने वाले पत्रों को ध्यानपूर्वक पढ़ें। यदि आपको मिलने वाले लाभ मे बदलाव संघीय या राज्य के नियमों में हुये बदलाव के कारण है, तब सुनवाई और अपील डिवीज़न द्वारा आपको निष्पक्ष सुनवाई देने की आवश्यकता नहीं है।

निष्पक्ष सुनवाई की मांग कैसे करें

अपनी एजेंसी से अनुरोध करें कि वे आपको निष्पक्ष सुनवाई के लिए आवेदन करने में मदद करें या निम्नलिखित पते पर लिखित में संपर्क करें:

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

आपको Fair Hearing Request (निष्पक्ष सुनवाई का निवेदन) फ़ॉर्म ऑनलाइन www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm पर मिल सकता है या 608-266-7709 पर फ़ोन करके भी प्राप्त कर सकते हैं।

अगर आप फ़ॉर्म की जगह पर पत्र लिखना चाहते हैं, तब आपने उसमें यह शामिल करना चाहिए:

- आपका नाम
- आपका पता
- समस्या का संक्षिप्त वर्णन

- उस एजेंसी का नाम जिसने कार्यवाही की हो या किसी सेवा से वंचित किया हो
- आपका Social Security नंबर
- आपके हस्ताक्षर

FoodShare के लिए, आपकी एजेंसी आपका मौखिक निवेदन भी स्वीकार कर सकती है।

स्वास्थ्य देखभाल के लिए, निष्पक्ष सुनवाई का निवेदन, कार्यवाही रोके जाने की अपील के 45 दिन के अंदर करना आवश्यक है। FoodShare के लिए, निष्पक्ष सुनवाई का निवेदन, कार्यवाही रोके जाने की अपील के 90 दिन के अंदर करना आवश्यक है। जबकि आपको FoodShare लाभ मिल रहे हों, और आप लाभ की राशि से सहमत नहीं हों, आप किसी भी समय सुनवाई के लिए निवेदन कर सकते हैं। आपके नवीनतम नामांकन पत्र में वह तिथि दी हुई होगी जब तक आपको सुनवाई के लिए निवेदन कर देना चाहिए।

आपको, आपके चुने हुये प्रतिनिधि को (अगर कोई है तो), और आपके एजेंसी को सुनवाई से 10 दिन पहले लिखित नोटिस मिल जाएगी जिसमें सुनवाई का समय, तिथि और सुनवाई के स्थान के बारे मे जानकारी होगी।

निष्पक्ष सुनवाई की तैयारी

आपको निष्पक्ष सुनवाई के लिए गवाह, अपना वकील या कोई और सलाहकार लाने का अधिकार है। Department of Health Services द्वारा आपके प्रतिनिधित्व के लिए क़ानूनी सहायता की कीमत नहीं दी जाएगी, मगर वे आपको प्रश्नों के लिए या निष्पक्ष सुनवाई प्रतिनिधित्व के लिए मुफ़्त कानूनी सहायता पाने में मदद कर सकते हैं।

आपको अपनी केस फ़ाइल में हर उस जानकारी के पुनःनिरीक्षण का अधिकार है जिसका उपयोग आपके नामांकन को तय करने के लिए किया गया हो।

आपको या आपके प्रतिनिधि को अधिकार है कि:

- जो भी निष्पक्ष सुनवाई में साक्ष्य दे उससे प्रश्न पुछें।
- अपने तर्क और लिखित सामग्री प्रस्तुत करने का जिनसे यह दृष्टिगोचर होता हो कि आप स्वयं को सही क्यों समझते हैं।
- क्या आप वास्तव में दिव्यांग हैं या बीमारी और चोट के कारण काम करने में अक्षम हैं यह प्रमाणित करने के लिए प्रमाण के तौर पर चिकित्सा प्रमाण पेश करें। आपकी एजेंसी चिकित्सा साक्ष्य की कीमत का भुगतान करेगी।

अगर आप अंग्रेज़ी नहीं बोल सकते हैं, तब आपको सुनवाई के दौरान दुभाषिया रखने का अधिकार है। अगर आप चाहे तो Division of Hearings and Appeals अनुवाद और दुभाषियों का भुगतान करेगा।

लाभ का ज़ारी रहना

अगर आपको लाभ मिल रहे हैं और आप लाभ में बदलाव होने से पहले सुनवाई के लिए अनुरोध करते हैं, तब आपको वही लाभ मिलते रहेंगे जब तक सुनवाई अधिकारी निर्णय नहीं लेता।

अगर सुनवाई अधिकारी यह निर्णय करता है कि आपकी एजेंसी सही थी, तब आपको वे अतिरिक्त लाभ लौटाने होंगे या उनका वापस भुगतान करना होगा जो आपको निष्पक्ष सुनवाई की मांग करने और सुनवाई अधिकारी द्वारा आपके केस का निर्णय करने के बीच के समय में मिले होंगे।

अगर आपने निष्पक्ष सुनवाई की मांग की है, तब भी आपको आवश्यक शिड्युल्ड पुनःनिरीक्षण पूरे करने ही होंगे। अगर आपकी एजेंसी, निष्पक्ष सुनवाई होने से पहले ही आपको सूचित करती है कि आपके नामांकन की अवधि समाप्त हो गयी है, तब आपको पुनः आवेदन करना होगा और अपने लाभ ज़ारी रखने के लिए, प्रोग्राम के सभी नियमों का पालन करना होगा। अगर नवीकरण के समय पता चलता है कि आपकी परिस्थितियाँ बदल गई हैं, तब इन बदली हुई परिस्थितियों के कारण आपके लाभ बदल सकते हैं या बंद हो सकते हैं।

निष्पक्ष सुनवाई का प्रभाव

अगर निष्पक्ष सुनवाई का परिणाम आपके पक्ष में होता है, तो एजेंसी आपके खिलाफ कोई कार्यवाही नहीं करेगी। अगर आपके लाभ समाप्त हो गए हैं, आपको वे फिर से मिलने लगेंगे। निष्पक्ष सुनवाई के निर्णय के संबंध में जो पत्र आपको मिलेगा उसमें वह तिथि सूचित की गई होगी जबसे आपको लाभ मिलेंगे।

यदि निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय आपके विरुद्ध हुआ, तब की गई कार्यवाही ज़ारी रहेगी, और आपको वे सभी लाभ वापस लौटाने होंगे जो आपको नहीं मिलने चाहिए थे। अपनी एजेंसी से पूछिये कि क्या उन लाभों को लौटाने की कोई समय सीमा है।

निष्पक्ष सुनवाई का निवेदन करने के लिए आपके विरुद्ध कोई और कार्यवाही नहीं की जाएगी।

पुनःसुनवाई

अगर आप निष्पक्ष सुनवाई के निर्णय से असहमत हैं, तो आपको पुनःसुनवाई की मांग करने का अधिकार है याद:

- आपके पास ऐसा कोई नया प्रमाण है जो निर्णय बदल सकता है लेकिन जिसके बारे में आपको पहले पता नहीं था या जो सुनवाई से पहले आपके पास उपलब्ध नहीं था।
- आपको लगता है कि निर्णय के तथ्यों में कोई ग़लती थी।
- आपको लगता है कि निर्णय के क़ानूनी आधार में कोई ग़लती थी।

पुनःसुनवाई का लिखित निवेदन, निष्पक्ष सुनवाई के निर्णय की तिथि के 20 दिनों के अंदर प्राप्त होना आवश्यक है। लिखित निवेदन पाने के 30 दिनों के भीतर Division of Hearings and Appeals द्वारा निर्णय लिया जाएगा कि क्या आपको पुनःसुनवाई का अवसर दिया जाए। यदि एजेंसी 30 दिन के अंदर आपके निवेदन का लिखित जवाब नहीं देती है, तो इसका मतलब है कि आपका निवेदन खारिज किया गया है।

सुनवाई या पुनःसुनवाई के निर्णय पर अपील करना

यदि आप Fair Hearing या पुनःसुनवाई के निर्णय से असहमत हैं, तब भी उस निर्णय के खिलाफ अपनी काउंटी के सर्किट कोर्ट में अपील कर सकते हैं। यह, Fair Hearing के निर्णय आने के 30 दिनों के भीतर किया जाना चाहिए या पुनःसुनवाई के अनुरोध को अस्वीकार किए जाने के 30 दिनों के भीतर। अपनी काउंटी में कोर्ट के क्लर्क के पास दावा दायर करके सर्किट कोर्ट में अपील की जानी चाहिए। अगर आप Fair Hearing के निर्णय के विरुद्ध सर्किट कोर्ट में अपील करना चाहते हैं तो आप क़ानूनी सहायता लें।

क़ानूनी सहायता

आप Wisconsin Judicare, Inc., या Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW) से क़ानूनी सहायता प्राप्त कर सकते हैं। अपने निकटतम कार्यालय को खोजने के लिए:

- जुडीकेयर को 800-472-1638 पर फ़ोन करें या www.judicare.org पर जाएँ।
- LAW को 888-278-0633 पर फ़ोन करें या www.badgerlaw.net पर जाएँ।

जानकारी और गोपनियता का संकलन और उपयोग

भेदभाव नहीं करने का नोटिस: भेदभाव ग़ैरक़ानूनी है - स्वास्थ्य देखभाल संबंधी प्रोग्राम

Wisconsin Department of Health Services लागू संघीय मानव अधिकार क़ानूनों का पालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीयता, आयु, अक्षमता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। Department of Health Services द्वारा नस्ल, रंग, राष्ट्रीयता, आयु, अक्षमता या लिंग के आधार पर लोगों को न तो अलग किया जाता है और न ही उनसे भेदभाव का व्यवहार करता है।

Department of Health Services:

- दिव्यांगों को हमारे साथ प्रभावी रूप से संवाद स्थापित करने के लिए मुफ़्त सहायता तथा सेवाएँ प्रदान करता है, जैसे कि:
  - अर्हता प्राप्त सांकेतिक भाषा दुभाषिए
  - अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी (बड़े छापे, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप, अन्य प्रारूप)
- उन लोगों को निःशुल्क भाषा सेवाएँ प्रदान की जाती है जिनकी प्राथमिक भाषा अंग्रेज़ी नहीं है, जैसे कि:
  - अर्हता प्राप्त दुभाषिए
  - अन्य भाषाओं में लिखित जानकारी

अगर आपको इन सेवाओं की जरूरत है, तो Department of Health Services के नागरिक अधिकार समन्वयक से 844-201-6870 पर संपर्क कर सकते है।

अगर आपको लगता है कि Department of Health Services ये सेवाएँ प्रदान करने में असफल रहा है या किसी और तरह से नस्ल, रंग, राष्ट्रीयता, आयु, अक्षमता, या लिंग के आधार पर भेदभाव किया है तब आप अपनी शिकायत यहाँ दर्ज कर सकते हैं: 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, या dhscrc@dhs.wisconsin.gov पर ईमेल करें। आप व्यक्तिगत रूप से या डाक से, फ़ैक्स से, या ईमेल से भी शिकायत कर सकते हैं अगर आपको शिकायत करने में मदद की जरूरत हो, तब Department of Health Services का नागरिक अधिकार समन्वयक आपकी सहायता के लिए उपलब्ध है।

आप इलेक्ट्रॉनिक रूप से U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights में भी Office for Civil Rights Complaint Portal, से शिकायत कर सकते हैं जो https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf पर उपलब्ध है, या डाक या फ़ोन से निम्नलिखित पर शिकायत कर सकते हैं:

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)

शिकायत फ़ॉर्म http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html पर उपलब्ध हैं।

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
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).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
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).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**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।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**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).
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).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

USDA के भेदभाव न करने का स्टेटमेंट

अन्य सभी FNS पोषण सहायता काययक्रमों के लिए, राज्य स्तरीय या स्थानीय एजेन्सयाँ और उनके उप-प्राप्तकतायओं, सभी को ननम्न गैर-भेदभाव कथन पोस्ट करना होगा:

संघीय नागरिक अधिकाकानून औ यू.एस. के कृ षि षिभाग (USDA) के नागरिक अधिकाषिननयम औ नीनियों के अनुरूप, इस संस्थान के दृ्ाि जानि, गि, मूल ाष्ट्रीयि, ललंग (जजसमें लैंधगक पहचान औ लैंधगक पसंद शालमल हैं), अक्षमि, आयु या पहले की ककसी नागरिक अधिकासंबंधि गनिषिधि के ललए प्रनिशोयि या बदला लेने के आिाि पि भेदभाकिकया जाना प्रनिबंधिि है।

काययक्रम संबंधि जानकाि अंग्रेजी को छोड़कि अन्य भाि में उपलब्ि किाई जा सकी है। अक्षमि लि व्यजति, जजन्हें काययक्रम संबंधि जानकाि पाने के ललए संचाि के किजपपक ाि की जरूि हो (जैसे ब्रेइल, बड़े अक्षि, ऑडियो टेप, अमेरिकन साइन लेंग्जि), उन्हें प्रोग्राम के संचालन के ललए उत्तिदायी ाज्य स्ाि या स्थानीय एजेंसी या कि USDA के TARGET के त्र से (202) 720-2600 (ाइस औ टीटीयि) पि संपकय किना चाहहए या USDA से ि लि लि सषियस के माध्यम से (800) 877-8339 पि संपकय किना चाहहए॥

प्रोग्राम भेदभाकि की लशकायि दजय किने के ललए, लशकायि किने लि को फॉमय AD-3027, USDA काययकर म भेदभालिशकायि फॉमय (Program Discrimination Complaint Form) भिना होगा, जजसे ऑनलाइन यहाँ पर ाप किकया जा सकि है: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-hindi.pdf, जजसे USDA कायायलय से पर ाप किकया जा सकि है या कि (866)-632-9992 पि कॉल किके या कि USDA को संबोधि एक पतर ललख कि पर ाप किकया जा सकि है। पतर में लशकायि किने लि का नाम, पि, टेलीाि नंबि औ अलभकधिथ भेदभाि लि जानकाि का पयायप षिस ृ लिखिख षिि होना चाहहए किक नागरिक अधिकाि के उपसधचि (ASCR) को ककसी कधिथ नागरिक अधिकाउपलंघन के पर काि औ निधथ के बो में सूधिच ककया जा सके । भि हुआ AD-3027 फॉमय या पतर USDA के पास इनमें से ककसी ाि के से भेजा जाना चाहहए:

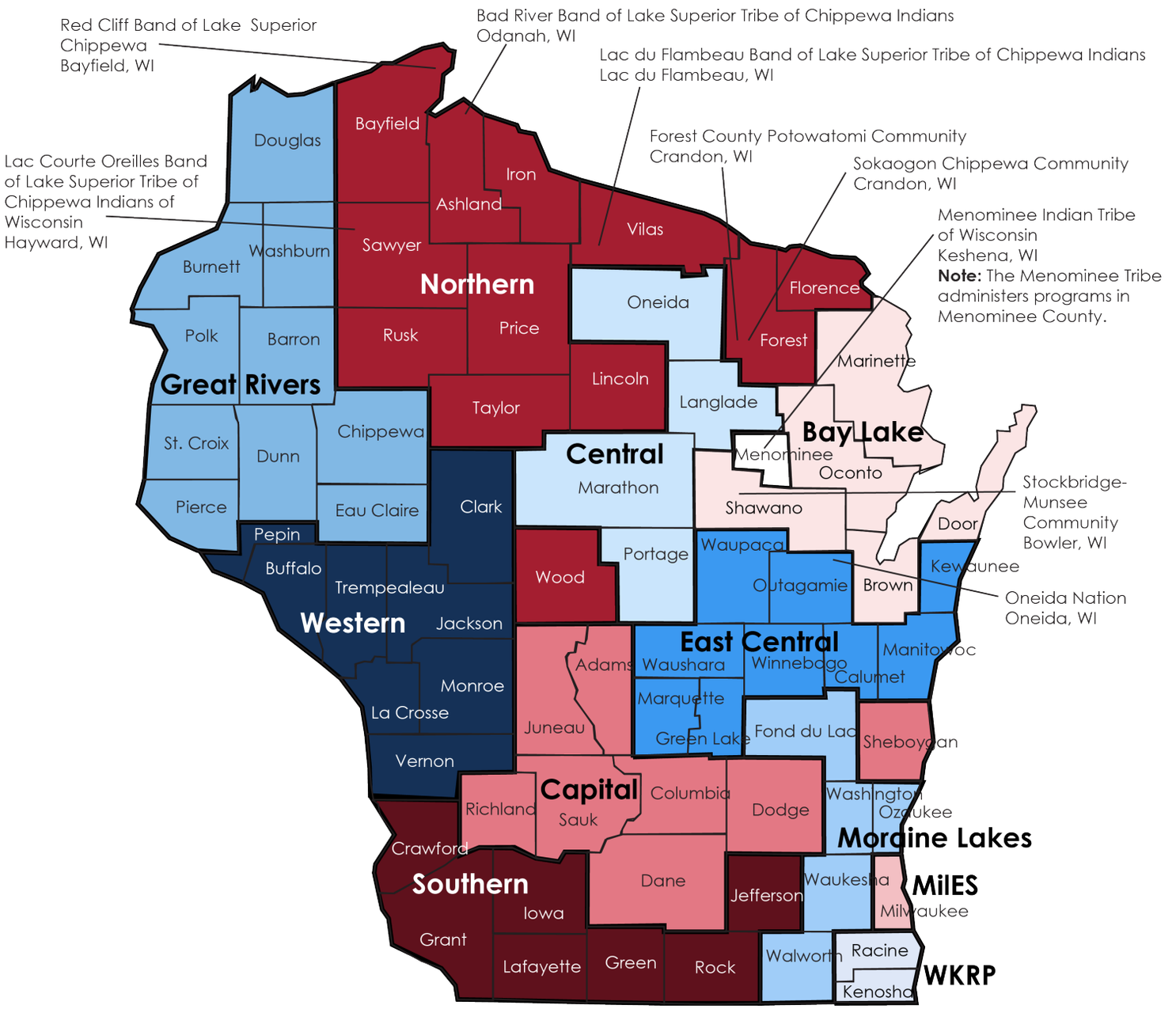
(1) **डाक से:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) **फ़ैक्स:**
(833)256-1665 या (202) 690-7442; या

(3) **ईमेल:**
program.intake@usda.gov.

यह संस्थान एक समान अिसि प्रदाि है।

आय संरक्षण कॉन्सॉर्टियम और जनजातीय एजेंसियाँ



WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

P-16091HI
(03/2023)