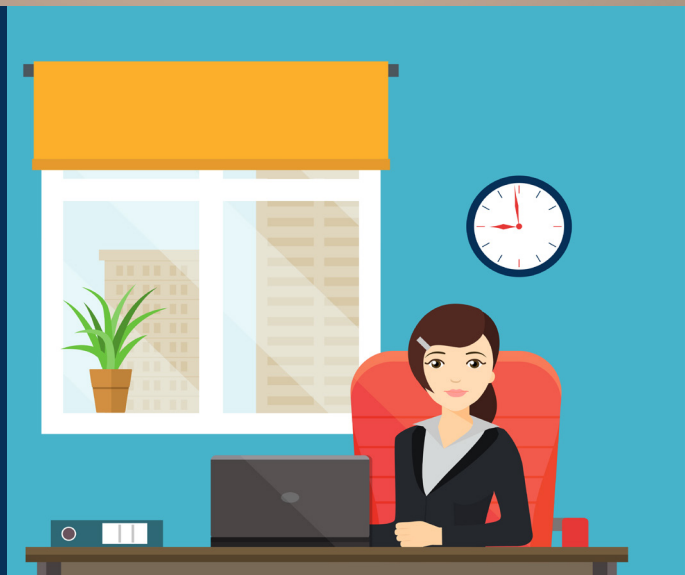




# Przewodnik dla wnioskodawców

ubiegających się o udział  
w programach zdrowotnych,  
żywnościowych i innych programach  
socialnych stanu Wisconsin



Osoby niepełnosprawne lub potrzebujące tych informacji w innym formacie bądź języku, bądź mające inne pytania dotyczące swoich praw i obowiązków, proszone są o kontakt ze swoją agencją (patrz strona 15) lub z działem Member Services (usług dla członków) pod numerem 800-362-3002. Wszystkie usługi językowe świadczone są bezpłatnie.

# Witamy

Potrzebujesz pomocy w uzyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego? Nie masz pewności, jak w tym miesiącu zapłacisz za swoje zakupy spożywcze? Potrzebujesz pomocy w pokryciu kosztów opieki nad dziećmi w czasie nauki w szkole, pracy lub uczestnictwa w programie szkolenia zawodowego? Potrzebujesz pomocy w znalezieniu pracy lub rozwoju umiejętności, aby zrobić następny krok w swojej karierze?

Z tego przewodnika dowiesz się, w jaki sposób możesz ubiegać się o udział w programach zdrowotnych, żywieniowych oraz innych programach socjalnych stanu Wisconsin. Wszyscy wnioskodawcy, którzy zostaną uznani za spełniających kryteria, otrzymają świadczenia lub zostaną przyjęci do jednego z programów.



Opieka  
zdrowotna



Żywnienie



Opieka nad  
dziećmi



Praca



## Spis treści

Świadczenia i programy	4
Jak złożyć wniosek	7
Czego potrzebujesz, aby złożyć wniosek	8
Pomoc i wskazówki	9
Wymagane dokumenty	10
Listy, które otrzymasz	14
Materiały i osoby kontaktowe	15
Twoje prawo do sprawiedliwego wysłuchania	17
Gromadzenie i wykorzystywanie informacji oraz prywatność	20

# Świadczenia i programy

Stan Wisconsin oferuje wymienione poniżej świadczenia i programy związane z pomocą w zakresie opieki zdrowotnej, żywienia, opieki nad dziećmi i zatrudnienia. Więcej szczegółowych informacji na temat każdego z programów można znaleźć na następujących stronach:

- [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>.
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>.

## BadgerCare Plus

Program „BadgerCare Plus” zapewnia ubezpieczenie zdrowotne dla osób w wieku 0–64 lat, które mają ograniczone dochody.

## BadgerCare Plus Prenatal Plan Program

Program „BadgerCare Plus Prenatal Plan Program” zapewnia opiekę zdrowotną związaną z ciążą dla kobiet w ciąży, które nie kwalifikują się do programu „BadgerCare Plus” ze względu na swój status imigracyjny lub pobyt w więzieniu lub areszcie.

## Badger Care Plus Emergency Services

Program „BadgerCare Plus Emergency Services” zapewnia ograniczoną opiekę zdrowotną w niektórych przypadkach osobom potrzebującym natychmiastowej opieki medycznej, które nie kwalifikują się do programu „BadgerCare Plus” ze względu na swój status imigracyjny lub obywatelski.

## Family Planning Only Services

Program „Family Planning Only Services” zapewnia mężczyznom i kobietom pewne usługi związane z planowaniem rodziny oraz środki antykoncepcyjne pozwalające na zapobieżenie nieplanowanym ciążom.

Mogą istnieć inne zasoby dostępne dla osób potrzebujących pomocy w zakresie innym niż zapewniany przez świadczenia i programy opisane w niniejszym przewodniku. Więcej informacji można uzyskać, dzwoniąc do swojej agencji lub pod numer 211. Dane kontaktowe agencji można znaleźć na stronie 15.

## FoodShare

Program „FoodShare Wisconsin”, znany również jako „SNAP” (skrót od Supplemental Nutrition Assistance Program), pomaga osobom z ograniczonymi dochodami kupować żywność, której potrzebują do utrzymania dobrego stanu zdrowia.

## Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Program „Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled” zapewnia opiekę zdrowotną osobom w wieku 65 lat lub starszym, niewidomym lub niepełnosprawnym, których dochody lub majątek są ograniczone. Program obejmuje następujące plany opieki zdrowotnej:

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- Medicaid związany z SSI
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Opieka długoterminowa, w tym Family Care, Family Care Partnership, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct - Otwartość, Szacunek i Odpowiedzialność za Siebie), Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Institutional Medicaid, oraz Katie Beckett

## Family Care

Program „Family Care” zapewnia długoterminową opiekę nad osobami dorosłymi powyżej 65. roku życia oraz osobami dorosłymi z niepełnosprawnością fizyczną, rozwojową lub intelektualną, tak aby w miarę możliwości mogły one mieszkać we własnym domu.

## Family Care Partnership

W ramach programu „Family Care Partnership” świadczone są usługi w zakresie opieki długoterminowej, opieki zdrowotnej i leków na receptę dla osób dorosłych powyżej 65. roku życia oraz osób dorosłych z niepełnosprawnością rozwojową, intelektualną lub fizyczną, aby pomóc im żyć w społeczeństwie w sposób możliwie jak najbardziej niezależny.

## IRIS (Include, Respect, I Self-Direct - Otwartość, Szacunek i Odpowiedzialność za Siebie)

Program „IRIS” umożliwi potrzebującym długoterminowej pomocy osobom dorosłym w wieku co najmniej 18 lat zarządzanie własnymi usługami opieki długoterminowej.

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

Program PACE zapewnia długoterminową opiekę, opiekę zdrowotną i leki na receptę osobom w wieku powyżej 55 lat, które mieszkają w hrabstwie Milwaukee lub Waukesha.

## Institutional Medicaid (szpital, dom opieki, instytucje zajmujące się osobami chorymi psychicznie)

Program „Institutional Medicaid” zapewnia opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową osobom, które przebywają w placówce przez 30 lub więcej dni z rzędu, albo mają przebywać w placówce przez taki okres.

## Katie Beckett Medicaid

Program „Katie Beckett” zapewnia opiekę zdrowotną dla zamieszkałych ze swoją rodziną dzieci poniżej 19. roku życia z długotrwałą niepełnosprawnością lub złożonymi potrzebami medycznymi.

## Programy oszczędnościowe Medicare

Programy Oszczędnościowe Medicare pomagają osobom zapisanym do programu Medicare w pokrywaniu pewnych kosztów Medicare, w zależności od ich dochodów i majątku.

## Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid pokryje składki Części A i Części B Medicare, współubezpieczenia Medicare oraz udziałów własnych.

## Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid pokryje składki Części B Medicare.

## Qualified Individual Group 1 (zwany również Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid pokryje składki Części B Medicare.

## Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid pokryje składki Części A.



## SeniorCare

SeniorCare pomaga płacić za leki na receptę dla osób w wieku 65 lat i starszych.

## Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Świadczenie „Tuberculosis-Related Services Only Benefit” obejmuje wyłącznie usługi związane z gruźlicą dla niekwalifikujących się do objęcia programem Medicaid osób, u których zdiagnozowano gruźlicę.

## Caretaker Supplement

„Caretaker Supplement” to zasiłek pieniężny dla rodziców o niskich dochodach, którzy otrzymują płatności SSI i mieszkają z dziećmi oraz opiekują się nimi.

## Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program

Program „Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program” pomaga rodzinom o niskich dochodach płacić za opiekę nad dziećmi, tak aby rodzice lub inni zatwierdzeni opiekunowie mogli pracować, chodzić do szkoły lub uczestniczyć w zatwierdzonych programach szkolenia zawodowego.

## Wisconsin Works (W-2)

W-2 to ograniczony czasowo program, który zapewnia tymczasową pomoc finansową i usługi zarządzania przypadkami dla rodziców o niskich dochodach i kobiet w ciąży. Jest to program pracy dla dorosłych chętnych do angażowania się w działalność zawodową.



# Jak złożyć wniosek

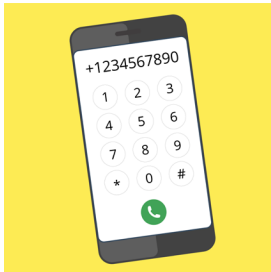
Wnioski o świadczenia oraz przyjęcie do programów można składać przez Internet, telefonicznie, tradycyjną pocztą bądź osobiście w placówce swojej agencji. Osoby potrafiące czytać lub pisać jedynie w języku innym niż angielski lub hiszpański muszą skontaktować się telefonicznie ze swoją agencją lub złożyć wniosek papierowy.

Usługi pomocy językowej, w tym tłumaczenia pisemne i ustne, świadczone są bezpłatnie. Skontaktuj się ze swoją agencją, aby uzyskać pomoc. Dane kontaktowe agencji można znaleźć na stronie 15.



## Online: dostępne tylko po angielsku i hiszpańsku

Przejdź na stronę [access.wisconsin.gov](https://access.wisconsin.gov). Wybierz opcję „Apply for Benefits” („Wniosek o świadczenia”). Na podstawie przekazanych informacji możesz sprawdzić, z jakich programów i świadczeń związanych ze zdrowiem, żywieniem i innymi obszarami opieki socjalnej możesz skorzystać. Możesz założyć konto ACCESS, aby sprawdzać status swojego wniosku online.



## Telefon

Zadzwoń do swojej agencji, aby złożyć wniosek telefonicznie. Dane kontaktowe agencji można znaleźć na stronie 15.

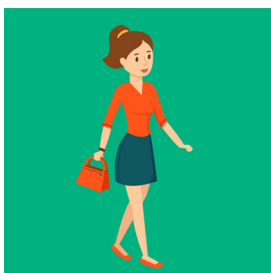


## Poczta lub faks

Wydrukuj papierowy wniosek w swoim języku.

- **BadgerCare Plus i Family Planning Only Services:** na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm).
- **FoodShare:** na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm).
- **Medicaid:** na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm).
- **SeniorCare:** na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm).

Postępuj zgodnie z instrukcjami dotyczącymi wniosku, aby go wysłać. Jeśli wysyłasz wniosek faksem, pamiętaj, aby wysłać obie strony.

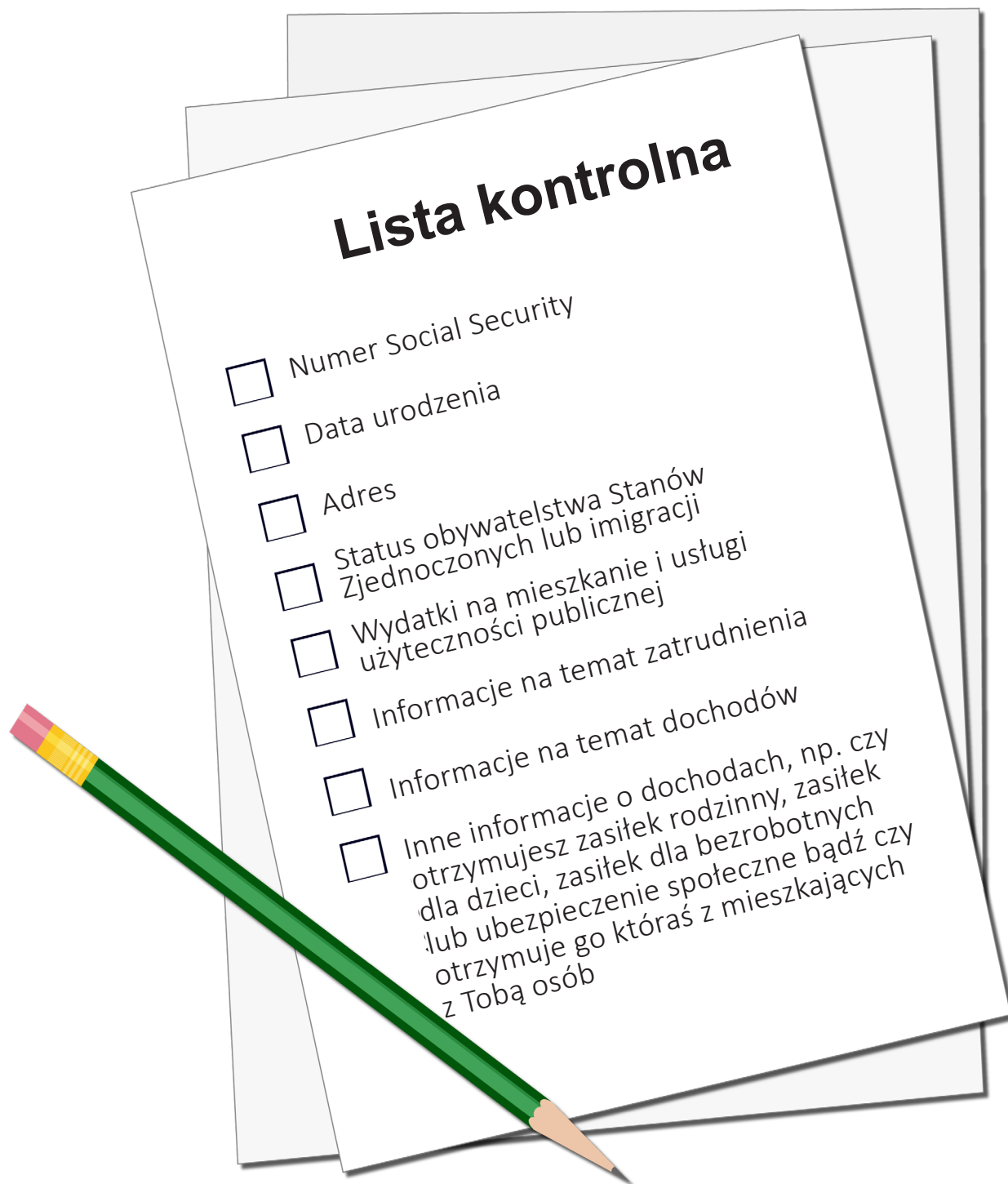


## Osobiście

Udaj się do placówki swojej agencji, a pracownik pomoże Ci wypełnić papierowy wniosek lub złożyć wniosek online. Dane kontaktowe agencji można znaleźć na stronie 15.

# Czego potrzebujesz, aby złożyć wniosek

Podczas ubiegania się o świadczenia lub programy możesz otrzymać prośbę o podanie niektórych lub wszystkich poniższych informacji w odniesieniu do każdej z ubiegających się osób. Posiadanie tych informacji w momencie składania wniosku ułatwi i przyspieszy proces jego składania.





# Pomoc i wskazówki

## Uzyskaj pomoc od innych

Każda osoba, taka jak znajomy, krewny lub sąsiad, może pomóc Ci ubiegać się o świadczenia. Jeśli chcesz, aby jakaś osoba lub organizacja pomogła Ci w ubieganiu się o świadczenia i zarządzaniu nimi, musisz wyznaczyć osobę lub organizację, która będzie działać w Twoim imieniu, bądź musi zrobić to sąd. Poniżej omówiono przedstawicieli, którzy mogą zostać wyznaczeni do działania w Twoim imieniu.

## Upoważnieni przedstawiciele

Upoważniony przedstawiciel to osoba lub organizacja, którą wyznaczysz do pomocy w ubieganiu się o świadczenia lub programy i zarządzaniu nimi.

Możesz wyznaczyć wybraną osobę jako swojego upoważnionego przedstawiciela, wypełniając formularz Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person („Powołanie, zmiana lub usunięcie upoważnionego przedstawiciela: osoba”), F-10126A. Formularz znajdziesz na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm).

Możesz wyznaczyć wybraną organizację jako swojego upoważnionego przedstawiciela, wypełniając formularz Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person („Powołanie, zmiana lub usunięcie upoważnionego przedstawiciela: organizacja”), F-10126B. Formularz znajdziesz na stronie [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm).

## Pozostali przedstawiciele

Kuratorzy, niektórzy opiekunowie prawni, tacy jak kuratorzy masy spadkowej, a także niektórzy pełnomocnicy, tacy jak pełnomocnik ds. finansowych, również mogą pełnić rolę Twoich przedstawicieli, pomagając Ci w ubieganiu się o świadczenia i udział w programach oraz zarządzaniu nimi. Osoby takie mogą zostać poproszone o przedłożenie dokumentów potwierdzających ich status jako Twoich przedstawicieli.

Więcej informacji o przedstawicielach znajdziesz na stronie: [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

## O czym trzeba pamiętać przy składaniu wniosków

- Programy mają różne limity dochodów i zasady zapisów. Jedynym sposobem, aby naprawdę dowiedzieć się, czy masz prawo w nich uczestniczyć, jest złożenie wniosku. Jeśli chcesz sprawdzić, czy się kwalifikujesz, jeszcze przed złożeniem wniosku, odwiedź stronę [access.wisconsin.gov](http://access.wisconsin.gov) i wybierz opcję „Am I Eligible?” („Czy się kwalifikuję?”). Otrzymasz prośbę o udzielenie odpowiedzi na pewne pytania, które pozwolą Ci sprawdzić, czy spełniasz warunki kwalifikacyjne.
- Jeśli chcesz sprawdzić aktualne limity dochodowe programów, przejdź pod adres [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).
- Jeśli ubiegasz się o udział w programie FoodShare, musisz wziąć udział w rozmowie kwalifikacyjnej. Rozmowę taką możesz odbyć telefonicznie lub osobiście w placówce swojej agencji. Po złożeniu wniosku online możesz po prostu zadzwonić do swojej agencji.
- W przypadku programów Medicaid i Caretaker Supplement należy podać informacje o majątku, a ponadto konieczne może okazać się przedstawienie dowodów potwierdzających stan posiadania. Przygotuj wyciągi ze swojego rachunku bankowego, aby uprościć i przyspieszyć składanie wniosku.



# Wymagane dokumenty

Po złożeniu wniosku o przyznanie świadczeń lub przyjęcie do programów może zaistnieć konieczność przekazania dodatkowych informacji lub dowodów. **Gdy tylko agencja zapozna się z Twoim wnioskiem, otrzymasz list z informacją na temat tego**, które z przekazanych informacji musisz poprzeć stosownymi dowodami.

Poniżej znajduje się lista przykładów dowodów. W niektórych przypadkach Twoja agencja może uzyskać dowody z innych źródeł, a Ty nie będziesz musiał(a) ich dostarczać. Jeśli potrzebujesz pomocy w uzyskaniu dowodu, zadzwoń do swojej agencji.

## Dowód niepełnosprawności

- Potwierdzenie wystawione przez Disability Determination Bureau
- Potwierdzenie uprawnień od Social Security Administration

## Dowód tożsamości

- Ważny paszport Stanów Zjednoczonych
- Ważne stanowe prawo jazdy lub ważny stanowy dowód tożsamości
- Legitymacja szkolna ze zdjęciem
- Legitymacja pracownicza ze zdjęciem
- Karta identyfikacyjna osoby pozostającej na utrzymaniu żołnierza
- Legitymacja żołnierza lub potwierdzenie poboru
- Dokument potwierdzający przyjęcie do plemienia indiańskiego
- W przypadku dzieci w wieku poniżej 18 lat ubiegających się o udział w programie BadgerCare Plus lub Medicaid podpisany formularz Statement of Identity („Poświadczenie tożsamości”), F-10154 (aby go otrzymać, należy skontaktować się ze swoją agencją)
- Dokument tożsamości ze zdjęciem wystawiony przez U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)

Możesz dostarczyć dowód poprzez aplikację mobilną MyACCESS, pocztą lub faksem.

Najprostszym sposobem dostarczenia dowodu jest aplikacja mobilna MyACCESS. Aplikację można pobrać bezpłatnie ze sklepów App Store i Google Play. Aplikacja dostępna jest wyłącznie w językach angielskim i hiszpańskim.

## Inny/dodatkowy dowód tożsamości — tylko FoodShare

- Akt urodzenia
- Świadectwo urodzenia wystawione przez szpital
- Akt adopcji
- Czek z wynagrodzeniem lub paski płacowe
- Wypełniony wniosek Application for a Social Security Card („Wniosek o Kartę Ubezpieczenia Społecznego”), SS-5
- Dokumentacja potwierdzająca bierzmowanie lub przynależność do kościoła
- Karta rejestracji wyborcy
- Akta rodzinne (roczniki urodzinowe, genealogia, ogłoszenie o urodzeniu w gazecie, zaświadczenie o braku przeszkód do zawarcia małżeństwa, dokumenty dotyczące pomocy społecznej lub rozwodu)
- Polisa ubezpieczenia na życie
- Innego rodzaju identyfikatory związane z usługami socjalnymi
- Rejestry związków zawodowych lub bractw
- Postanowienie sądu o zmianie nazwiska

## Inny/dodatkowy dowód tożsamości — tylko FoodShare i opieka zdrowotna

Dokumentacja medyczna (zaświadczenie o szczepieniu, dokumentacja lekarska lub kliniczna, rachunki)

## **Dowód obywatelstwa Stanów Zjednoczonych dla dorosłych i dzieci**

- Ważny paszport Stanów Zjednoczonych
- Uwierzytelniony odpis aktu urodzenia w Stanach Zjednoczonych
- Karta identyfikacyjna obywatela
- Certificate of Citizenship or Naturalization („Świadectwo obywatelstwa lub naturalizacji”)
- Dokumenty dotyczące adopcji
- Dokumentacja wojskowa, dokumentacja szpitalna, dokumentacja szkolna, dokumentacja ubezpieczeniowa lub dokumentacja domu opieki wskazującą miejsce urodzenia w Stanach Zjednoczonych
- Karta identyfikacyjna Indianina lub inny dokument wydany przez plemię uznane przez władze federalne

## **Dowód statusu imigracyjnego (jeśli nie jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych)**

- Karta stałego pobytu lub „zielona karta”
- Certificate of Naturalization
- Wszelkie dokumenty wydane przez USCIS, numer rejestracji cudzoziemca („A”) lub numer USCIS

## **Dowód przynależności do plemienia i/lub pochodzenia indiańskiego lub alaskańskiego**

- Karta przyjęcia do plemienia
- Pisemne poświadczenie lub wydany przez plemię dokument wskazujący na przynależność plemienną
- Świadectwo Certificate of Degree of Indian Blood wydane przez Bureau of Indian Affairs
- Dokument spisu powszechnego ludności plemienną
- Akty urodzenia, zaświadczenia lekarskie lub inne dokumenty, z których wynika, że dana osoba jest dzieckiem lub wnukiem członka plemienia

- Dokumentacja medyczna lub inne dokumenty potwierdzające, że dana osoba kwalifikuje się do korzystania z usług Indian Health Care lub korzystała z takich usług

## **Dowód alimentów dla dzieci i/lub alimentów opłaconych lub otrzymanych**

- Postanowienie sądowe
- Dokumentacja płatności z innego stanu

## **Dokumentacja stanu majątkowego**

- Wyciągi bankowe
- Tytuły prawne
- Umowy
- Akty notarialne
- Dokumentacja finansowa
- Polisy ubezpieczenia na życie

## **Dowód dochodów z pracy**

- Paski płacowe z ostatnich 30 dni
- Formularz Employer Verification of Earnings (EVF-E) („Weryfikacja zarobków przez pracodawcę”), F-10146 (Możesz skontaktować się z agencją w celu uzyskania tego formularza. Pracodawca musi go wypełnić i podpisać. Wypełniony formularz należy odesłać na podany w nim adres.)
- List od pracodawcy (jeśli wybierzesz list, musi on zawierać te same informacje, co formularz EVF-E)

## **Dowód potwierdzający dochód z tytułu samozatrudnienia**

- Kopie formularzy podatkowych
- Formularz Self-Employment Income Report form („Raport w sprawie dochodów z samozatrudnienia”), F-00107, lub formularz Self-Employment Income Report: Farm Business, („Raport w sprawie dochodów z samozatrudnienia: przedsiębiorstwo rolne”), F-00219 (Możesz skontaktować się z agencją w celu uzyskania tych formularzy. Formularzy tych należy używać tylko przed złożeniem pierwszego zeznania podatkowego dotyczącego własnej działalności gospodarczej.)

## Dowód dochodów z innego źródła

**Uwaga:** niektóre przykłady innych dochodów to alimenty, zasiłki dla dzieci, renty inwalidzkie lub zasiłki chorobowe, odsetki lub dywidendy, świadczenia dla weteranów oraz wypłaty z ubezpieczeń pracowniczych i ubezpieczeń na wypadek bezrobocia.

- Zaświadczenie o wysokości emerytury
- Kopia aktualnego czeku
- Unemployment Compensation („Pismo przyznaniu odszkodowania dla bezrobotnych”)
- Dokumenty rozwodowe potwierdzające zawarcie ugody finansowej lub w sprawie alimentów rodzinnych bądź alimentów na rzecz dzieci
- Dokumentacja ugody sądowej
- Potwierdzenie przyznania świadczenia z ubezpieczenia społecznego
- Potwierdzenie przyznania świadczenia dla weteranów
- Potwierdzenie przyznania odszkodowania
- Potwierdzenie przyznania pomocy finansowej
- Dokumentacja podatkowa wykazująca dochód ze źródeł innych niż praca
- Dokumentacja dowolnego innego źródła dochodu
- Dowód płatności z tytułu Kinship Care („Opieki nad członkami rodziny”), Foster Care (opieki zastępczej) lub Subsidized Guardian (opieki subsydiowanej) bądź płatności na rzecz opiekuna tymczasowego (może być to ustne lub pisemne potwierdzenie z agencji ds. ochrony dzieci)

## Dowód zamieszkania w stanie Wisconsin

- Umowa najmu, pokwitowanie lub list od wynajmującego z aktualnym adresem
- Pokwitowanie hipoteki z aktualnym adresem
- Rachunek za media i/lub rachunek telefoniczny z aktualnym adresem

- Końcówki czeków z imieniem i nazwiskiem, aktualnym adresem oraz nazwą pracodawcy
- Potwierdzenie uczestnictwa w programie subsydiów mieszkaniowych
- Potwierdzenie uczestnictwa w programie subsydiów zabezpieczeń miejsca zamieszkania przed działaniem żywiołów
- Aktualne prawo jazdy stanu Wisconsin
- Aktualny dowód osobisty stanu Wisconsin
- Aktualny dowód rejestracyjny pojazdu silnikowego

**Uwaga:** osoby bezdomne (w tym rodziny) nie muszą podawać adresu zamieszkania, ale muszą zaświadczyć, że przebywają w stanie Wisconsin i planują w nim pozostać.

## Dowód wykształcenia

- Harmonogram zajęć szkolnych
- Wykaz ocen

## Dowód kosztów leczenia

- Wyciąg z rachunku lub poszczególne paragony
- Karta Medicare z informacjami o ubezpieczeniu z zakresu Części B
- Polisa ubezpieczenia zdrowotnego z informacjami o składce, współubezpieczeniu, współpłaceniu lub udziale własnym
- Fiolka na lek (np. w postaci pigułek) z ceną na etykiecie

## Dowód dokonania potrąceń przed opodatkowaniem

- Końcówki czeków
- List od pracodawcy

## Dowód dokonania odliczeń od podatku

- Pokwitowania
- Wyciągi bankowe
- Końcówki czeków
- Formularze podatkowe z lat ubiegłych

## Dowód niezdolności do opieki nad dzieckiem i uczestnictwa w zatwierdzonym działaniu

Pismo od psychiatry, innego lekarza lub psychologa oświadczające, że rodzic nie jest w stanie opiekować się dziećmi i nie może uczestniczyć w zatwierdzonym działaniu

## Dowód kosztów opieki nad dziećmi

- Pisemne oświadczenie osoby świadczącej usługi opieki nad dziećmi
- Anulowany czek
- Uregulowany rachunek

## Dowód wydatków na zakwaterowanie lub usługi użyteczności publicznej

- Dokumentacja płatności z tytułu kredytu hipotecznego
- Pokwitowanie czynszu
- Oświadczenie właściciela wynajmującego lokal mieszkalny
- Umowa najmu
- Zatwierdzenie zasiłku mieszkaniowego HUD
- Deklaracja dla celów podatku od nieruchomości
- Rachunek za usługi użyteczności publicznej
- Oświadczenie przedsiębiorstwa użyteczności publicznej
- Rachunek za telefon
- Polisa ubezpieczeniowa właściciela domu lub rozliczenie
- WHEAP/LIHEAP lub innego rodzaju wsparcie w zakresie potrzeb energetycznych

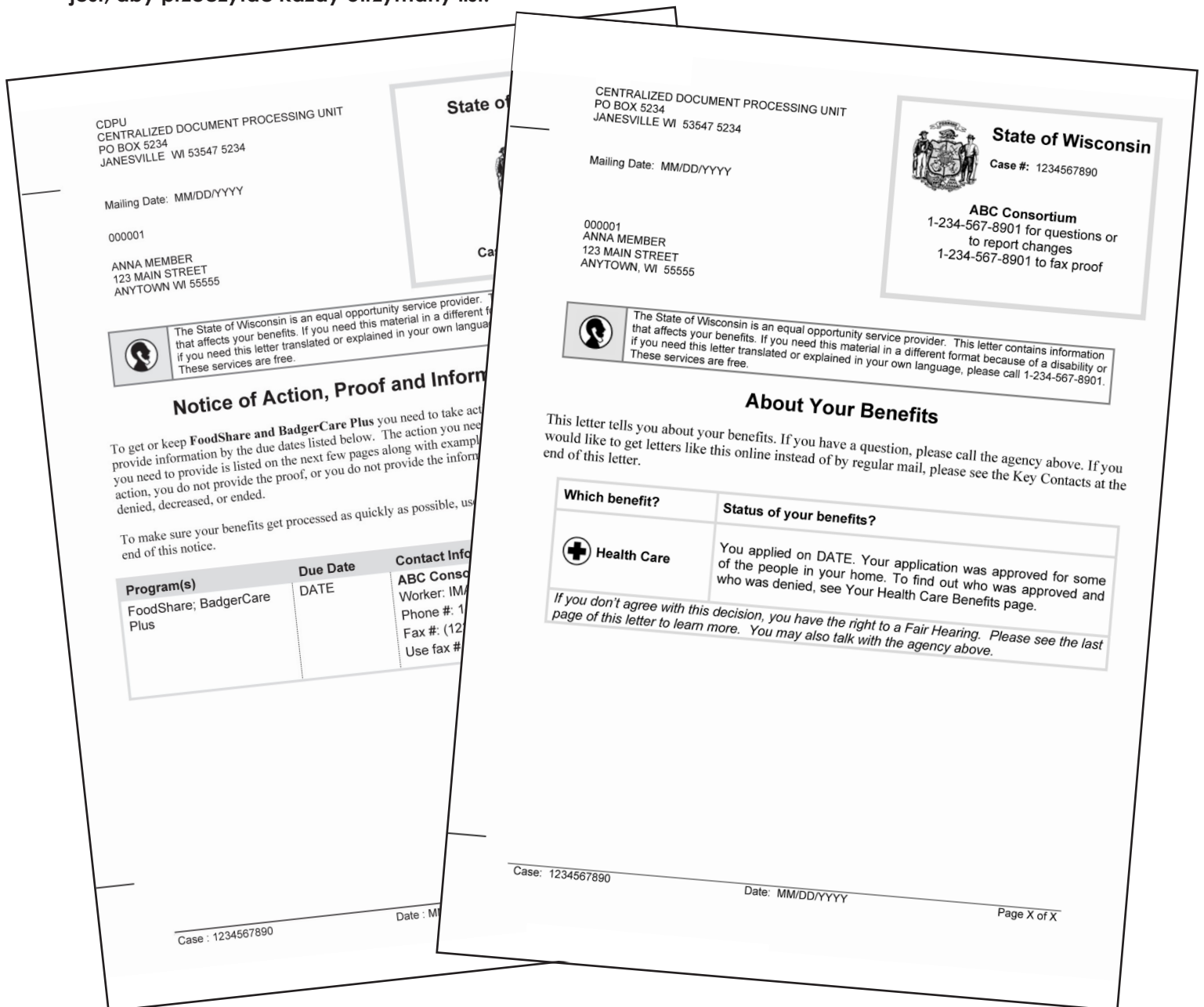


Użyj aplikacji MyACCESS, aby sfotografować i przestać właściwy dowód.

# Listy, które otrzymasz

Po złożeniu wniosku otrzymasz tradycyjną pocztą pewną liczbę listów. Znajdziesz w nich informacje o statusie Twoich świadczeń i programów oraz o tym, czy Twoja agencja czegokolwiek od Ciebie oczekuje. Konieczne może okazać się przekazanie dodatkowych informacji, wykonanie jakiegoś zadania lub przekazanie dowodów prawdziwości udzielonych odpowiedzi. **Ważne jest, aby przeczytać każdy otrzymany list.**

Możesz zdecydować się na otrzymywanie listów online zamiast tradycyjną pocztą. Aby dokonać tego wyboru, zaloguj się na swoje konto ACCESS pod adresem [access.wisconsin.gov](https://access.wisconsin.gov). Jeśli nie posiadasz konta ACCESS, możesz je utworzyć, aby wyświetlać listy i informacje o świadczeniach i programach online.



# Materiały i osoby kontaktowe

## Świadczenia i programy

Agencja odpowiedzialna za Twoje hrabstwo lub plemię może odpowiedzieć na pytania dotyczące świadczeń i programów, pomóc Ci w ubieganiu się o nie, wyjaśnić zasady rejestracji, a także pomóc Ci wziąć udział w wywiadzie dotyczącym programu FoodShare.

Agencje odpowiedzialne za poszczególne hrabstwa stanu Wisconsin zostały podzielone na 11 różnych grup. Takie grupy agencji określane są mianem konsorcjów.

W stanie Wisconsin działa również dziewięć agencji plemiennych. Jeśli jesteś członkiem

plemienia, skontaktuj się z agencją plemienną. Jeśli twoje plemię nie ma agencji plemiennej, zadzwoń do agencji w hrabstwie, w którym mieszkasz.

Poniższa tabela zawiera alfabetyczną listę konsorcjów i plemion oraz numer telefonu każdego z nich, jak również hrabstw, które tworzą poszczególne konsorcja. Zadzwoń pod główny numer konsorcjum, aby porozmawiać ze swoją agencją. Na przykład jeśli mieszkasz w Green Lake County, zadzwoń pod numer 888-256-4563.

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

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

## Usługi z zakresu opieki zdrowotnej

Jeśli będziesz mieć pytania dotyczące usług objętych programami BadgerCare Plus i Medicaid, zadzwoń do działu Member Services pod numer 800-362-3002.

## SeniorCare

Jeśli będziesz mieć pytania dotyczące programu SeniorCare, zadzwoń na „gorącą linię” SeniorCare Customer Service pod numer 800-657-2038.

Jeśli jesteś osobą starszą lub niepełnosprawną, Twoje lokalne centrum informacji o starzeniu się i niepełnosprawności (ADRC) może udzielić Ci informacji na temat szerokiej gamy programów i usług oraz pomóc Ci zrozumieć różne dostępne dla Ciebie opcje opieki długoterminowej.

Więcej informacji o swoim ADRC znajdziesz pod adresem [www.FindMyADRC.com](http://www.FindMyADRC.com).



# Twoje prawo do sprawiedliwego wysłuchani

Zawsze, gdy otrzymasz odmowę przyznania świadczeń, gdy Twoje świadczenia zostaną zmniejszone bądź gdy przestaniesz je otrzymywać, skontaktuj się ze swoją agencją, jeśli uznasz, że doszło do tego przez pomyłkę. Jeśli agencja zgodzi się z Tobą, możesz poprosić jej pracownika o pomoc w złożeniu wniosku o konferencję poprzedzającą wysłuchanie oraz o sprawiedliwe wysłuchanie.

## Konferencja poprzedzająca wysłuchanie

Być może uda Ci się dojść do porozumienia z agencją w trakcie konferencji poprzedzającej wysłuchanie bez konieczności oczekiwania na sprawiedliwe wysłuchanie. Na konferencji możesz przedstawić swoją wersję sytuacji.

Twoja agencja wyjaśni następnie, dlaczego podjęto określone czynności. Jeśli agencja uzna, że popełniła błąd, zmieni swoją decyzję i podejmie działania naprawcze. Jeśli agencja uzna, że jej pierwotna decyzja jest prawidłowa, a Ty nadal będziesz uważać, że agencja się myli, będzie Ci przysługiwać prawo do procedury sprawiedliwego wysłuchania.

**Uwaga:** wyrażenie zgody na konferencję poprzedzającą wysłuchanie nie wpływa na Twoje prawo do sprawiedliwego wysłuchania. Możesz poprosić o sprawiedliwe wysłuchanie, a jeśli wynik konferencji poprzedzającej wysłuchanie usatysfakcjonuje Cię, możesz odwołać swoje sprawiedliwe wysłuchanie.

## Sprawiedliwe wysłuchanie

Sprawiedliwe wysłuchanie daje Ci możliwość poinformowania funkcjonariusza ds. wysłuchań, dlaczego uważasz, że decyzja dotycząca Twojego wniosku lub świadczenia była błędna. Podczas wysłuchania funkcjonariusz ds. wysłuchań wysłucha stanowisk Twojego i agencji, aby stwierdzić, czy podjęta decyzja była prawidłowa, czy nie. Na wysłuchanie możesz przyprować znajomego lub członka rodziny. Możesz również

uzyskać bezpłatną pomoc prawną. Więcej informacji znajdziesz w sekcji „Pomoc prawna” na stronie 19.

## Kiedy korzystać z procedury sprawiedliwego wysłuchania

Oto przykłady sytuacji, w których warto poprosić o sprawiedliwe wysłuchanie:

- Uważasz, że Twój wniosek został odrzucony niesłusznie lub przez pomyłkę.
- Twoje świadczenia zostały zawieszone, ograniczone lub zakończone, a Ty uważasz, że był to błąd.
- Nie zgadzasz się z wysokością otrzymywanych świadczeń.
- Twój wniosek nie został rozpatrzony w ciągu 30 dni.

Przeczytaj uważnie każdy z listów, aby lepiej zrozumieć podjęte działania. Jeśli powodem zmiany świadczenia jest zmiana przepisów federalnych lub stanowych, wydział Division of Hearings and Appeals nie ma obowiązku zapewnić Ci sprawiedliwego wysłuchania.

## Jak złożyć wniosek o sprawiedliwe wysłuchanie

Poproś swoją agencję o pomoc w złożeniu wniosku o wysłuchanie lub napisz bezpośrednio na następujący adres:

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

Formularz wniosku Fair Hearing Request („Wniosek o sprawiedliwe wysłuchanie”) znajdziesz również pod adresem [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) — możesz też zadzwonić pod numer 608-266-7709.

Jeśli zdecydujesz się napisać list zamiast przedkładać formularz, musisz dołączyć następujące informacje:

- Imię i nazwisko
- Adres korespondencyjny
- Krótki opis problemu
- Nazwa agencji, która podjęła działanie lub odmówiła zapewnienia usługi
- Twój numer Social Security
- Twój podpis

W przypadku programu FoodShare Twoja agencja może przyjąć zgłoszenie ustne.

W przypadku opieki zdrowotnej wniosek o sprawiedliwe wysłuchanie nie może zostać złożony później niż 45 dni od daty podjęcia działania, od którego się odwołujesz. W przypadku programu FoodShare wniosek nie może zostać złożony później niż 90 dni od daty podjęcia działania, od którego się odwołujesz. Możesz poprosić o wysłuchanie w dowolnym momencie w trakcie otrzymywania świadczeń z programu FoodShare, jeśli nie zgadzasz się z ich kwotą. W ostatnim otrzymanym liście potwierdzającym przyjęcie do programu znajdziesz ostateczny termin złożenia wniosku o wysłuchanie.

Pisemne zawiadomienie z podaniem godziny, daty i miejsca wysłuchania zostanie przesłane do Ciebie, Twojego przedstawiciela (jeśli będziesz go mieć) oraz Twojej agencji na co najmniej 10 dni przed wysłuchaniem.

## Przygotowanie do sprawiedliwego wysłuchania

Masz prawo przyprowadzić na wysłuchanie świadków, własnego adwokata lub innego doradcę. Wydział Department of Health Services nie płaci za pomoc prawną w reprezentowaniu Cię, ale może być w stanie pomóc Ci w znalezieniu bezpłatnej pomocy prawnej, jeśli będziesz mieć pytania lub poszukiwać przedstawiciela na czas sprawiedliwego wysłuchania.

Masz prawo wglądu do wszelkich informacji zawartych w aktach sprawy wykorzystanych do określenia Twoich uprawnień.

Zarówno Ty, jak i Twój przedstawiciel macie prawo do:

- zadawania pytań wszystkim osobom zeznającym w trakcie sprawiedliwego wysłuchania;
- przedstawiania własnych argumentów i materiałów pisemnych świadczących o tym, dlaczego w swojej opinii masz rację;
- przedstawienia dokumentacji medycznej jako dowodu, jeśli sprawiedliwe wysłuchanie dotyczy stwierdzenia, czy jesteś osobą niepełnosprawną lub niezdolną do pracy z powodu choroby lub urazu. Twoja agencja pokryje koszty dokumentacji medycznej.

Jeśli nie mówisz po angielsku, masz prawo do obecności tłumacza podczas wysłuchania. Wydział Division of Hearings and Appeals może na Twój wniosek pokryć koszt tłumaczeń pisemnych lub ustnych.

## Kontynuacja świadczeń

Jeśli złożysz wniosek o wysłuchanie jeszcze przed zmianą obecnie otrzymywanych świadczeń, będziesz mógł/mogła otrzymywać je do momentu podjęcia decyzji przez funkcjonariusza ds. wysłuchań.

Jeśli funkcjonariusz ds. wysłuchań uzna, że Twoja agencja miała rację, możesz być zmuszony(-a) do zwrotu dodatkowych świadczeń otrzymanych w okresie od złożenia wniosku o sprawiedliwe wysłuchanie do podjęcia przez funkcjonariusza ds. wysłuchań decyzji w Twojej sprawie.

Złożenie wniosku o sprawiedliwe wysłuchanie nie zwalnia Cię z obowiązku ubiegania się o wszelkie planowe odnowienia. Jeśli Twoja agencja poinformuje Cię przed rozpoczęciem wysłuchania, że okres rejestracji dobiegł końca, będziesz musiał(a) ponownie złożyć wniosek i spełnić wszystkie warunki programu, aby Twoje świadczenia mogły być kontynuowane. Jeśli

w trakcie odnawiania okaże się, że Twoja sytuacja uległa zmianie, Twoje świadczenia mogą zostać zmodyfikowane lub wycofane z powodu takiej zmiany.

### **Skutki sprawiedliwego wysłuchania**

Jeśli w trakcie sprawiedliwego wysłuchania zapadnie decyzja na Twoją korzyść, agencja nie będzie podejmować przeciwko Tobie żadnych działań. Jeśli okaże się, że Twoje świadczenia wygastry, zostaną wznowione. Data wznowienia świadczeń zostanie podana w liście informującym o decyzji podjętej w trakcie sprawiedliwego wysłuchania, który otrzymasz.

Jeśli w trakcie sprawiedliwego wysłuchania zapadnie decyzja na Twoją niekorzyść, będziesz musiał(a) zwrócić wszystkie nienależne świadczenia. Zapytaj swoją agencję o wszelkie ograniczenia dotyczące zwrotu świadczeń.

W związku ze złożeniem wniosku o sprawiedliwe wysłuchanie nie zostaną podjęte przeciwko Tobie żadne inne działania.

### **Ponowne wysłuchanie**

Jeśli nie zgodzisz się z decyzją podjętą w trakcie sprawiedliwego wysłuchania, będzie Ci przysługiwać prawo do wnioskowania o ponowne wysłuchanie, jeśli:

- uzyskasz nowe dowody, które nie były Ci znane lub dostępne przed wysłuchaniem, a które mogłyby wpłynąć na zmianę podjętej decyzji;
- uznasz, że w trakcie ustalania okoliczności faktycznych, na podstawie których podjęto decyzję, popełniono błąd;
- uznasz, że w trakcie ustalania podstawy prawnej podjętej decyzji popełniono błąd.

Pisemny wniosek o ponowne wysłuchanie musi wpłynąć w terminie 20 dni od daty pisemnej decyzji wydanej w ramach sprawiedliwego wysłuchania. Wydział Division of Hearings and Appeals w ciągu 30 dni od otrzymania pisemnego wniosku zdecyduje następnie, czy ponowne wysłuchanie się odbędzie. Nieudzielenie przez agencję pisemnej odpowiedzi na Twój wniosek w ciągu 30 dni będzie oznaczać, że został on odrzucony.

### **Odwołanie od decyzji podjętej w trakcie wysłuchania lub ponownego wysłuchania**

Jeśli nie zgodzisz się z decyzją podjętą w trakcie wysłuchania lub ponownego wysłuchania, nadal będziesz mieć możliwość odwołania się od takiej decyzji do sądu okręgowego w swoim hrabstwie. Należy to zrobić w ciągu 30 dni od otrzymania pisemnej decyzji o sprawiedliwym wysłuchaniu lub w ciągu 30 dni od odrzucenia wniosku o ponowne wysłuchanie. Odwołanie do sądu okręgowego musi zostać wniesione poprzez złożenie wniosku do sekretarza sądu w Twoim okręgu. Jeśli zdecydujesz się odwołać od decyzji o sprawiedliwym wysłuchaniu do sądu okręgowego, najlepiej będzie, gdy skorzystasz z pomocy prawnika.

### **Pomoc prawna**

Pomoc prawną możesz uzyskać od kancelarii Wisconsin Judicare, Inc., lub Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW). Aby znaleźć najbliższe biuro:

- Zadzwoń do kancelarii Judicare pod numer 800-472-1638, lub odwiedź stronę [www.judicare.org](http://www.judicare.org).
- Zadzwoń do kancelarii LAW pod numer 888-278-0633, lub odwiedź stronę [www.badgerlaw.net](http://www.badgerlaw.net).



# Gromadzenie i wykorzystywanie informacji oraz prywatność

## Zawiadomienie o niedyskryminacji: Dyskryminacja jest sprzeczna z prawem — programy związane z opieką zdrowotną

Wisconsin Department of Health Services przestrzega obowiązujących przepisów federalnych dotyczących praw obywatelskich i powstrzymuje się od dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne, wiek, niepełnosprawność lub płeć. Department of Health Services nikogo nie wyklucza ani nie traktuje inaczej ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć.

Department of Health Services:

- Zapewnia bezpłatne pomoce i usługi dla osób niepełnosprawnych, ułatwiając im efektywną komunikację z nami, takie jak na przykład:
  - Wykwalifikowani tłumacze języka migowego
  - Informacje pisemne w innych formatach (duża czcionka, dźwięk, przystosowane formaty elektroniczne, inne formaty)
- Zapewnia bezpłatne usługi językowe dla osób, których podstawowym językiem nie jest język angielski, takie jak:
  - Wykwalifikowani tłumacze ustni
  - Pisemne informacje w językach obcych

Jeśli potrzebujesz skorzystać z takich usług, skontaktuj się z koordynatorem ds. praw obywatelskich Department of Health Services, dzwoniąc pod numer 844-201-6870.

Jeśli uznasz, że Department of Health Services nie zapewnił Ci wspomnianych usług lub dopuścił się innego rodzaju dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne, wiek, niepełnosprawność lub płeć, możesz wnieść zażalenie pod następujący adres: 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, lub wysłać e-mail na adres [dhsarc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsarc@dhs.wisconsin.gov). Możesz wnieść zażalenie osobiście lub przesać je tradycyjną pocztą, faksem bądź pocztą elektroniczną. Jeśli będziesz potrzebować pomocy w złożeniu zażalenia, koordynator ds. praw obywatelskich wydziału Department of Health Services chętnie Ci pomoże.

Możesz również złożyć skargę na naruszenie praw obywatelskich do U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, elektronicznie za pośrednictwem portalu Office for Civil Rights Complaint Portal, dostępnego pod adresem <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, bądź korzystając z następujących danych teleadresowych:

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)

Formularze skarg dostępne są pod adresem <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<p><b>Español (Spanish)</b>  <b>ATENCIÓN:</b> si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Deitsch (Pennsylvania Dutch)</b>  Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, 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).</p>
<p><b>Hmoob (Hmong)</b>  <b>LUS CEEV:</b> 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><b>ພາສາລາວ (Laotian)</b>  ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b>  <b>注意：</b>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><b>Français (French)</b>  <b>ATTENTION :</b> Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p><b>Deutsch (German)</b>  <b>HINWEIS:</b> Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Polski (Polish)</b>  <b>UWAGA:</b> Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>العربية (Arabic)</b>  ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p><b>हिंदी (Hindi)</b>  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><b>Русский (Russian)</b>  <b>ВНИМАНИЕ:</b> Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p><b>Shqip (Albanian)</b>  <b>KUJDES:</b> Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>한국어 (Korean)</b>  <b>알림:</b> 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p><b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b>  <b>PAUNAWA:</b> 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><b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b>  <b>CHÚ Ý:</b> 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><b>Soomaali (Somali)</b>  <b>FIIRO GAAR AH:</b> Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

## Oświadczenie o braku dyskryminacji USDA

Dla wszystkich innych programów świadczeń żywnościowych NS, stanowe i lokalne agencje, oraz ich pododbiorcy muszą zamieścić poniższe Oświadczenie o niedyskryminacji:

Zgodnie z federalnym prawem obywatelskim oraz regulaminem i polityką związaną z prawami obywatelskimi w Departamencie Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w instytucji tej zabroniona jest dyskryminacja z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, płci (w tym tożsamości płciowej i seksualnej orientacji), niepełnosprawności, wieku, jak i represja i akcje odwetowe za poprzednie czynności związane z prawami obywatelskimi.

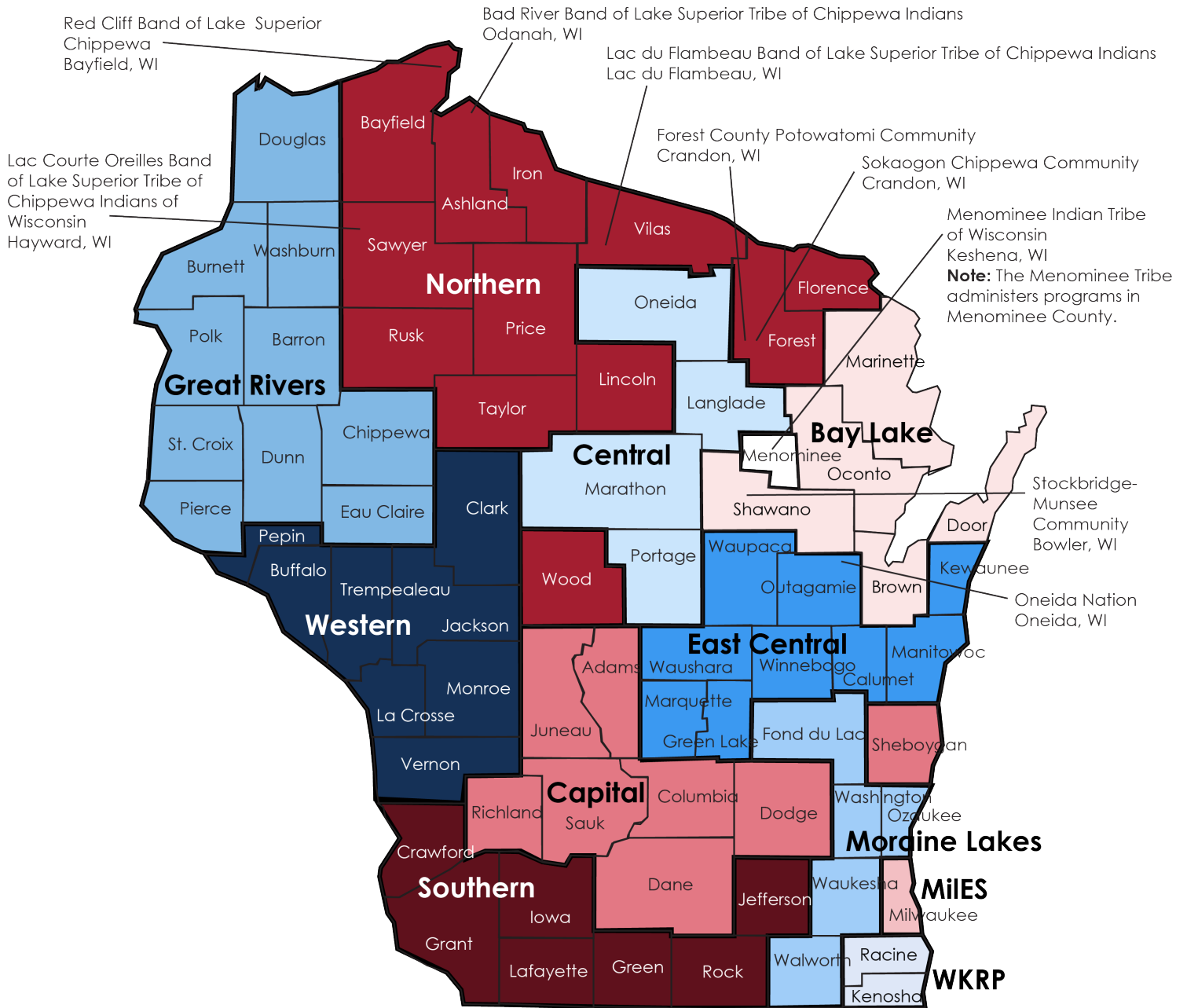
Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają innych metod komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (n.p. język Braille, duża czcionka, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się ze odpowiednią stanową lub lokalną agencją, która prowadzi program lub z USDA's TARGET Center pod numerem (202) 720-2600 (głosowy oraz TTY) lub skontaktować się z USDA poprzez telekomunikacyjną usługę przekazywania (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339.

W celu złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w programie, osoba skarżąca się powinna wypełnić formularz AD-3027, Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać na stronie internetowej pod adresem: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-polish.pdf>, w każdym biurze USDA, lub telefonicznie dzwoniąc pod numer (866)-632-9992, lub też wysyłając list do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko skarżącego się, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanej czynności dyskryminującej, podając asystentowi sekretarza do spraw praw człowieka (ASCR) wystarczające informacje zawierające naturę i datę domniemanej dyskryminacji praw człowieka. Wypełniony formularz AD-3027 lub list musi zostać złożony do USDA w jeden z następujących sposobów:

- (1) **pocztą:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) **faks:**  
(833)256-1665 lub (202) 690-7442; lub
- (3) **e-mail:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Instytucja przestrzega zasady równych szans.

# Świadczenia socjalne – konsorcja i agencje plemienne





WISCONSIN DEPARTMENT  
*of* HEALTH SERVICES

P-16091P  
(03/2023)