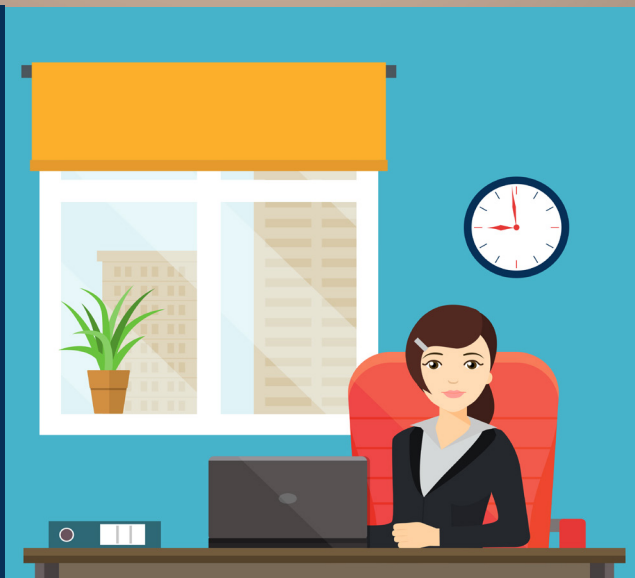




Руководство по подаче заявления

об участии в программах, связанных с организацией медицинского обслуживания и питания, и в других программах штата Wisconsin



Если Вы имеете инвалидность и Вам нужна информация в другом формате, если ее нужно перевести на другой язык, или у Вас есть вопросы относительно Ваших прав и обязанностей, обратитесь в свое агентство (см. стр. 15) или позвоните по тел. 800-362-3002 в Member Services (службу по работе с участниками). Услуги перевода предоставляются бесплатно.

Добро пожаловать

Вам нужна помощь в получении медицинской страховки? Вы не уверены, что Вам будет чем оплатить продукты в этом месяце? Вам нужна помощь в оплате расходов на уход за ребёнком, пока Вы ходите на учебу, работу или участвуете в программе профессиональной подготовки? Вам нужна помощь в поиске работы или развитии навыков, чтобы подняться по карьерной лестнице?

В этом руководстве рассказывается, как подать заявление на получение льгот или вступление в программы, связанные с организацией медицинского обслуживания и питания, и в другие программы штата Wisconsin. Каждый, кто подаст заявление и будет признан правомочным, получит льготы или будет зачислен в программу.



Медицинское обслуживание



Уход за ребенком



Питание



Трудоустройство



Содержание

Льготы и программы	4
Как подать заявление	7
Что нужно для подачи заявления	8
Помощь и советы	9
Доказательство	10
Письма, которые Вы получите	14
Ресурсы и контактные данные	15
Ваше право на беспристрастное слушание	17
Сбор и использование информации и конфиденциальность	20

Льготы и программы

В штате Wisconsin предоставляются следующие льготы и программы, в рамках которых предоставляется помощь в сфере медицинского обслуживания, питания, ухода за ребенком и трудоустройства. Более подробную информацию о каждой программе можно найти по ссылкам:

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

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus обеспечивает медицинское страхование лиц до 64 лет, имеющих ограниченный доход.

BadgerCare Plus Prenatal Plan

BadgerCare Plus Prenatal Plan обеспечивает медицинское страхование беременных женщин, которые не могут воспользоваться BadgerCare Plus из-за их иммиграционного статуса или заключения в тюрьме.

Badger Care Plus Emergency Services

BadgerCare Plus Emergency Services обеспечивает медицинское страхование лиц, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, но которые не могут воспользоваться BadgerCare Plus из-за их иммиграционного статуса или статуса, связанного с гражданством.

Family Planning Only Services

Family Planning Only Services предоставляет мужчинам и женщинам услуги по планированию семьи, а также средства контрацепции.

Для людей, нуждающихся в помощи, помимо описанных льгот и программ, доступны и другие ресурсы. Для получения дополнительной информации позвоните в свое агентство или по тел. 211. Контактные данные своего агентства смотрите на стр. 15.

FoodShare

FoodShare Wisconsin, также известная как SNAP или Supplemental Nutrition Assistance Program (программа льготной покупки продуктов), помогает лицам с ограниченным доходом покупать продукты, необходимые для хорошего здоровья.

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled обеспечивает медицинское страхование лиц от 65 лет и старше, слепых и лиц с ограниченными возможностями, имеющих ограниченный доход или активы. Эта программа включает следующие планы медицинского страхования:

- Supplemental Security Income (SSI — дополнительный социальный доход) Medicaid;
- Medicaid, связанный с SSI;
- Medicaid Purchase Plan;
- Wisconsin Well Woman Medicaid;
- план длительного ухода, включающий Family Care, Family Care Partnership, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct — программы самоуправления уходом), Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Institutional Medicaid и Katie Beckett.

Family Care

Family Care предоставляет услуги длительного ухода за лицами старше 65 лет и за совершеннолетними лицами с физическими или умственными отклонениями, а также отклонениями в развитии, что позволяет им по возможности жить в собственном доме.

Family Care Partnership

Family Care Partnership предоставляет услуги длительного ухода, медицинское обслуживание и рецептурные препараты лицам старше 65 лет и совершеннолетним лицам с физическими или умственными отклонениями, а также отклонениями в развитии, чтобы помочь им вести по возможности независимую жизнь в обществе.

IRIS (Include, Respect, I Self-Direct — программа самоуправления уходом)

IRIS позволяет лицам от 18 лет и старше, нуждающимся в длительной поддержке, управлять своими услугами длительного ухода.

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

PACE предоставляет длительный уход, медицинское страхование и рецептурные препараты лицам от 55 лет и старше, проживающим в г. Милуоки или округе Уокешо.

Institutional Medicaid (программа для лиц, находящихся в больнице, пансионате для проживания с уходом, учреждении для лиц с психическими заболеваниями)

Institutional Medicaid предоставляет медицинскую страховку и услуги длительного ухода лицам, которые либо жили в учреждении 30 или более дней подряд, либо будут проживать в учреждении 30 или более дней подряд.

Katie Beckett Medicaid

Программа Katie Beckett предоставляет медицинскую страховку детям младше 19 лет с долгосрочной нетрудоспособностью или потребностью в комплексном медицинском лечении, проживающим с родителями.

Программы накоплений Medicare

Программы накоплений Medicare помогают лицам, включенным в программу Medicare, оплачивать отдельные расходы по Medicare, в зависимости от их дохода и активов.

Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid оплачивает взносы по Medicare Part A и Part B, расходы по совместному страхованию Medicare и нестрахуемый минимум.

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid оплачивает взносы по Medicare Part B.

Qualified Individual Group 1 (также называется Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid оплачивает взносы по Medicare Part B.

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid оплачивает взносы по Medicare Part A.



SeniorCare

SeniorCare помогает лицам от 65 лет и старше оплачивать рецептурные препараты.

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Пособие Tuberculosis-Related Services Only Benefit покрывает расходы на услуги для лиц с диагнозом «туберкулез», которые не могут воспользоваться Medicaid.

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement — это денежное пособие для родителей с низким уровнем дохода, которые получают выплаты дополнительного социального дохода, живут со своими детьми и ухаживают за ними.

Wisconsin Shares Child Care Subsidy

Программа Wisconsin Shares Child Care Subsidy помогает семьям с низким уровнем дохода оплачивать уход за ребенком, что позволяет родителям или назначенным опекунам работать, ходить на учебу или участвовать в программе профессиональной подготовки.

Wisconsin Works (W-2)

W-2 — это ограниченная по срокам программа, которая предоставляет временную денежную помощь и индивидуальные консультации родителям с низким уровнем дохода и беременным женщинам. Эта программа для совершеннолетних лиц, желающих осуществлять трудовую деятельность.



Как подать заявление

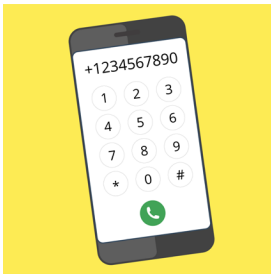
Вы можете подать заявление на получение льгот или вступление в программу по интернету, по телефону, по почте или лично в агентстве. Если Вы читаете или пишете на языке, отличном от английского или испанского, Вам необходимо подать заявление в бумажной форме или позвонить в агентство.

Услуги письменного и устного перевода предоставляются бесплатно. За помощью обратитесь в агентство. Контактные данные своего агентства смотрите на стр. 15.



По интернету: доступно только на английском и испанском языках

Перейдите по ссылке access.wisconsin.gov. Выберите "Apply for Benefits" (Подать заявление на получение льгот). Вы можете узнать, какие льготы и программы в сфере медицинского обслуживания, питания и в других сферах Вам доступны, основываясь на предоставленной Вами информации. Вы можете настроить учетную запись ACCESS (ДОСТУП) для проверки статуса Вашего заявления по Интернету.



По телефону

Позвоните в агентство, чтобы подать заявление по телефону. Контактные данные своего агентства смотрите на стр. 15.

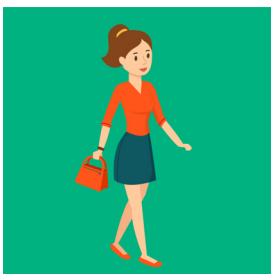


По почте или факсу

Распечатайте заявление на своем родном языке.

- **BadgerCare Plus и Family Planning Only Services:** перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm.
- **FoodShare:** перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm.
- **Medicaid:** перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm.
- **SeniorCare:** перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm.

Чтобы отправить заявление, следуйте инструкции, указанной в бланке заявления. Отправляя по факсу, убедитесь, что отправлены обе стороны заявления.

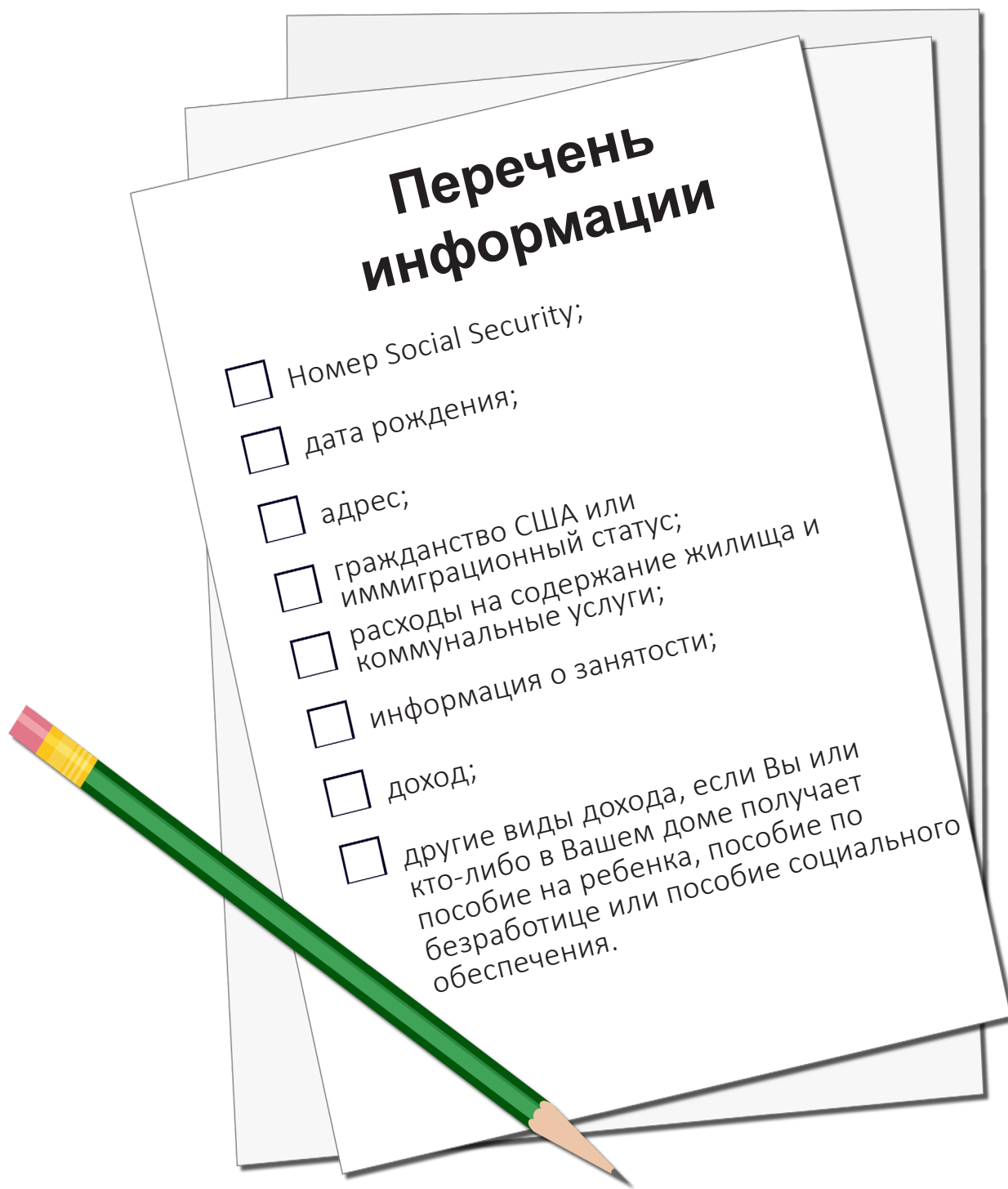


Лично

Обратитесь в агентство, и работник поможет Вам заполнить заявление в бумажном формате или подать его по интернету. Контактные данные своего агентства смотрите на стр. 15.

Что нужно для подачи заявления

При подаче заявления на получение льгот или вступления в программу Вам нужно будет предоставить следующую информацию (полностью или частично) для каждого заявителя. Наличие этой информации сделает процесс подачи заявления легче и быстрее.



Помощь и советы

Получите помощь от других

Любой человек, будь то друг, родственник или сосед, может помочь Вам подать заявление на получение льгот. Если Вы хотите, чтобы какое-либо лицо или организация помогла Вам подать заявление и управлять льготами, Вы или суд должны будете назначить представителя, действующего от Вашего имени. Ниже приведен список представителей, которые могут действовать от Вашего имени.

Уполномоченный представитель

Уполномоченный представитель — это физическое лицо или организация, назначенные Вами для помощи с подачей заявления и управлением льготами или программами.

Вы можете назначить физическое лицо уполномоченным представителем, заполнив форму F-10126A Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (Назначить, сменить или отменить уполномоченного представителя: физическое лицо). Перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm для получения формы.

Вы можете назначить организацию уполномоченным представителем, заполнив форму F-10126B Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (Назначить, сменить или отменить уполномоченного представителя: организация). Перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm для получения формы.

Другие представители

Опекуны, некоторые попечители, такие как попечители, управляющие имуществом подопечного, и некоторые доверенные лица, как финансовые уполномоченные лица, также могут выступать в качестве Вашего представителя и помочь с подачей заявления и управлением льготами и программами. Они должны будут предоставить документы, подтверждающие их статус Вашего представителя.

Более подробную информацию о представителях Вы найдете по ссылке: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Что нужно помнить при подаче заявления

- Программы имеют разные лимиты дохода и правила регистрации. Единственный способ действительно узнать, имеете ли Вы право на получение льгот, — подать заявление. Если вы хотите узнать это заранее, перейдите по ссылке access.wisconsin.gov и выберите "Am I Eligible?" (Имею ли я право на получение льгот?) Вам зададут ряд вопросов, которые позволяют узнать, можете ли Вы получать льготы.
- Если Вы хотите узнать текущие лимиты дохода, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.
- Если Вы подаете заявление на зачисление в программу FoodShare, Вам необходимо пройти собеседование. Собеседование можно пройти по телефону или лично. Вы можете позвонить в агентство после подачи заявления по интернету.
- Для программ Medicaid и Caretaker Supplement Вам необходимо предоставить информацию об активах, а также доказательства их наличия. Имейте при себе выписки с банковских счетов, чтобы облегчить и ускорить подачу заявления.



Доказательство

После подачи заявления на получение льгот или зачисление в программу Вам нужно будет предоставить дополнительную информацию или доказательства. **Вы получите письмо с информацией о том, что Вам нужно предоставить**, как только агентство рассмотрит Вашу заявку.

Ниже представлен список примеров доказательств. В некоторых случаях агентство может получить доказательства из других источников, и Вам не нужно будет их предоставлять. Обратитесь в агентство, если Вам нужна будет помощь в получении доказательств.

Доказательство ограниченных возможностей

- письмо-подтверждение от Disability Determination Bureau;
- письмо о назначении пособия от Администрации социального обеспечения.

Удостоверение личности

- действительный паспорт гражданина США;
- действительные водительские права, выданные штатом или удостоверение личности государственного образца;
- школьное удостоверение с фотографией;
- рабочее удостоверение с фотографией;
- удостоверение личности члена семьи военнослужащего;
- удостоверение личности военнослужащего или призывное свидетельство;
- документ члена племени коренных жителей Америки;
- для детей младше 18 лет, подающих заявление на BadgerCare Plus или Medicaid — подписанная форма F-10154 Statement of Identity (заявление об удостоверении личности) (за получением формы обращайтесь в агентство);
- удостоверение с фотографией, выданное U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).

Вы можете предоставить доказательства через мобильное приложение MyACCESS, по почте или факсу.

Самый простой способ предоставить доказательства — использовать мобильное приложение MyACCESS, которое Вы можете скачать из App Store или Google Play бесплатно. Приложение доступно только на английском и испанском языках.

Иное/дополнительное удостоверение личности — только для программы FoodShare

- свидетельство о рождении;
- документы о рождении, выданные больницей;
- документы об усыновлении/удочерении;
- чек на заработную плату или квитанции о начислении заработной платы;
- заполненное заявление по форме SS-5, Application for a Social Security Card (Заявление на карту социального обеспечения);
- подтверждение или документы о принадлежности церкви;
- регистрационная карта избирателя;
- информация о семье (дни рождения, родословная, объявление о рождении в газете, свидетельство о браке, документы о расторжении брака или уплате алиментов);
- полис страхования жизни;
- документ об участии в других программах социальных служб;
- документы из профсоюзной или братской организации;
- постановление суда об изменении имени.

Иное/дополнительное удостоверение личности — для FoodShare и программы медицинского обслуживания

Медицинские документы (справка о прививках, документы, выданные врачом или клиникой, счета)

Доказательство гражданства США для взрослых и детей

- действительный паспорт гражданина США;
- заверенная копия американского свидетельства о рождении;
- удостоверение личности гражданина;
- Certificate of Citizenship or Naturalization (Свидетельство о гражданстве или натурализации);
- документы об усыновлении/удочерении;
- военный билет, документы, выданные больницей, школьный документ, документы, выданные страховой компанией или документы о приеме в пансионат для проживания с уходом, подтверждающие рождение в США;
- удостоверение личности коренного жителя Америки или другой документ, выданный федерально признаваемым племенем.

Доказательство иммиграционного статуса (если Вы не гражданин США)

- вид на жительство или «зеленая» карта;
- Certificate of Naturalization (свидетельство о натурализации);
- любой документ, выданный USCIS, регистрационный ("A") номер иностранца или номер USCIS.

Доказательство принадлежности к племени и (или) происхождения как коренного жителя Америки или Аляски

- карточка члена племени;
- письменное подтверждение или документ, выданный племенем и подтверждающий принадлежность к племени;
- Certificate of Degree of Indian Blood (свидетельство об индейском происхождении), выданное Bureau of Indian Affairs (Бюро по делам индейцев);
- документ из переписи населения племени;
- свидетельство о рождении, медицинские или другие документы, доказывающие, что лицо является ребенком или внуком члена племени;
- медицинские или другие документы, свидетельствующие о том, что данное лицо

имеет право на пользование или пользовался услугами учреждения медицинского обслуживания коренных жителей Америки.

Доказательство выплаченных или полученных алиментов на ребенка и (или) выплат бывшим супругам

- постановление суда;
- документы об оплате, выданные другим штатом.

Доказательство наличия имущества

- выписки с банковских счетов;
- документы, дающие право собственности;
- контракты;
- документы о передаче права собственности;
- финансовые документы;
- полисы страхования жизни.

Доказательство трудового дохода

- Квитанции о начислении заработной платы за последние 30 дней;
- форма F-10146 Employer Verification of Earnings или EVF-E (подтверждение заработка работодателем) (Обратитесь в агентство за данной формой. Форму должен заполнить и подписать Ваш работодатель. Отослите заполненную форму по указанному на ней адресу);
- письмо от работодателя (если Вы предоставляете письмо, оно должно содержать ту же информацию, что и форма EVF-E).

Доказательство дохода от самозанятости

- копии налоговой декларации;
- форма F-00107 Self-Employment Income Report (отчет о доходе от самозанятости) или F-00219 Self-Employment Income Report: Farm Business (отчет о доходе от самозанятости: фермерское хозяйство) (Обратитесь в агентство за данными формам. Эти формы следует заполнять, только если Вы еще не платили налоги за самостоятельную предпринимательскую деятельность).

Доказательство другого дохода

Примечание: Другие виды дохода включают выплаты бывшим супругам, алименты на ребенка, выплаты по нетрудоспособности или болезни, проценты или дивиденды, пособия для ветеранов войны, компенсация работникам, получившим травмы на работе и пособие по безработице.

- Пенсионное удостоверение;
- копия действительного чека;
- письмо о назначении Unemployment Compensation (пособия по безработице);
- документы о расторжении брака, где указаны условия финансового урегулирования, размер содержания, финансовой поддержки или алиментов на ребенка;
- документальное подтверждение выплат, установленных судом;
- письмо о назначении социального пособия;
- письмо о назначении пособия из Veterans Affairs;
- письмо о назначении компенсации;
- письмо о назначении материальной помощи;
- налоговые квитанции с указанием нетрудового дохода;
- документальное подтверждение любого другого источника дохода;
- доказательство выплат по программам Kinship Care (попечение со стороны родственников), Foster Care (патронажное воспитание), Subsidized Guardian (опекунство с получением субсидий) или оплаты услуг временного опекуна (может быть устное или письменное подтверждение от органов опеки и попечительства).

Доказательство проживания в штате Wisconsin

- договор аренды квартиры или квитанция или письмо от арендодателя с указанием фактического адреса;
- квитанция об уплате ипотечных взносов с указанием фактического адреса;
- счет на коммунальные и (или) телефонные услуги с указанием фактического адреса;
- корешки чеков с указанием имени, текущего адреса и работодателя;

- документ об официальном утверждении программы жилищного строительства с привлечением субсидий;
- документ, об официальном утверждении программы модификации зданий с целью сокращения расхода энергии;
- действительные водительские права штата Wisconsin;
- действительное удостоверение личности, выданное в штате Висконсин;
- действительное свидетельство о регистрации транспортного средства.

Примечание: Бездомные лица и семьи не обязаны предоставлять подтверждение своего домашнего адреса, но должны доказать, что они живут в Wisconsin и планируют жить здесь далее.

Доказательство образования

- учебная программа;
- табель успеваемости.

Доказательство медицинских расходов

- счета или детализированные квитанции;
- карточка Medicare с указанием покрытия Part B;
- договор о медицинском страховании с указанием размера взносов, частичной оплаты, доплаты или нестрахуемого минимума;
- бутылочка от лекарства с ценником.

Доказательство доналоговых вычетов

- корешки чеков;
- письмо от работодателя.

Доказательство налоговых вычетов

- квитанции;
- выписки с банковских счетов;
- корешки чеков;
- налоговые декларации за предыдущие года.

Доказательство неспособности заботиться о ребенке и участвовать в утвержденной деятельности

Письмо от врача, психиатра или психолога, подтверждающее, что родитель не способен заботиться о ребенке или участвовать в утвержденной деятельности.

Доказательство расходов на уход за ребенком

- письменное подтверждение из детского учреждения;
- аннулированный чек;
- оплаченная квитанция или счет.

Доказательство расходов на оплату жилья и (или) коммунальных услуг

- документ об уплате ипотечных взносов;
- квитанция об уплате арендной платы;
- документ от арендодателя;
- договор аренды;
- официальное утверждение HUD жилищного строительства с привлечением субсидий;
- декларация по налогу на имущество;
- счет за коммунальные услуги;
- документ от компании по коммунальному обслуживанию;
- счет за телефонные услуги;
- полис страхования недвижимого имущества или счет;
- программа WHEAP/LINEAR или другая программа энергетической помощи.



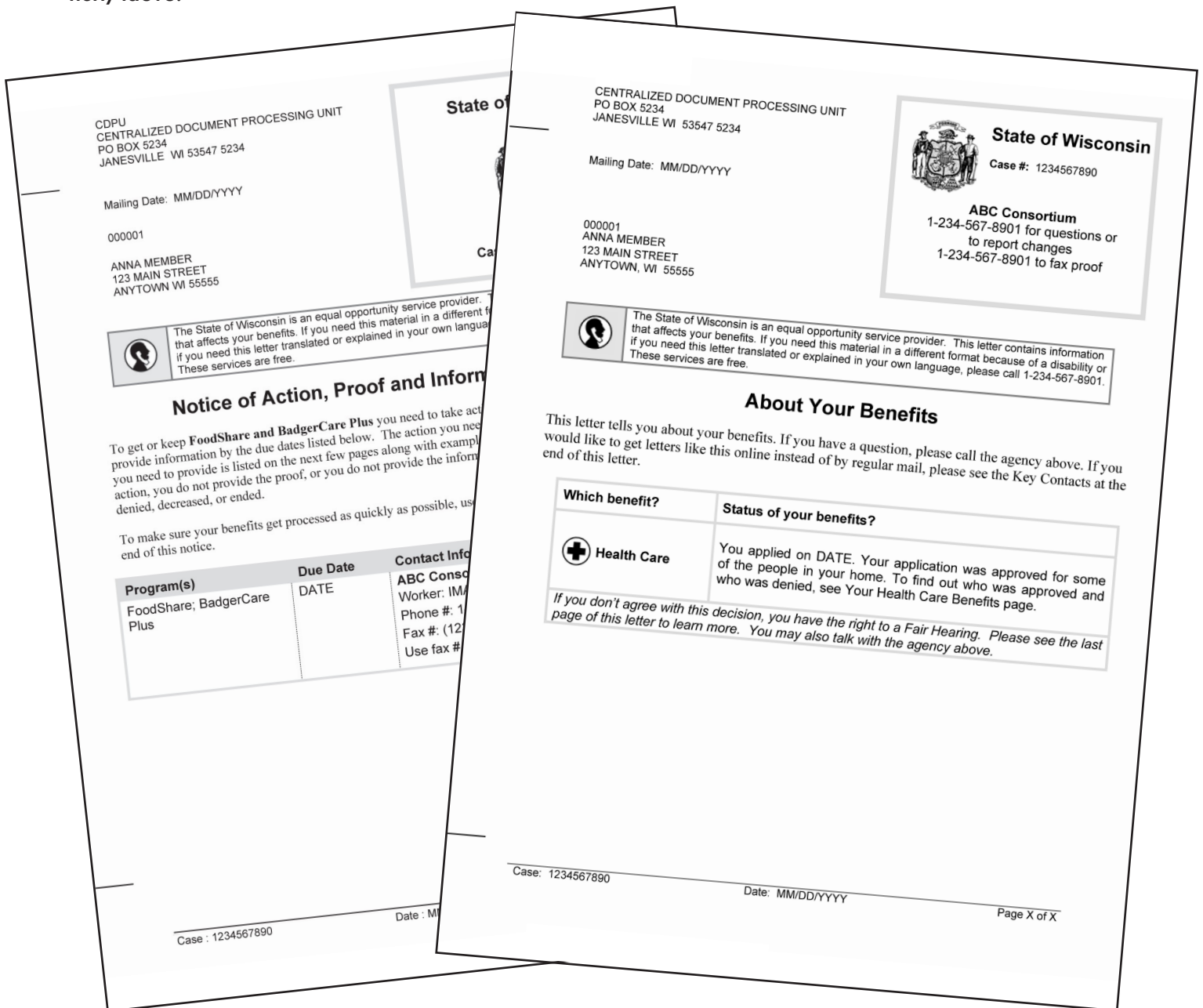
Воспользуйтесь приложением MyACCESS, чтобы сфотографировать и загрузить документы, доказывающие Вашу информацию.

Письма, которые Вы получите

После подачи заявления Вы получите письма по почте. В письмах будет указано состояние Ваших пособий и программ, а также сообщено, если агентству что-либо понадобится от Вас. Возможно, Вам придется предоставить больше информации, выполнить задание или предоставить доказательство Ваших ответов.

Важно читать каждое письмо, которое получаете.

Вы можете получать письма по интернету, а не обычной почтой. Для этого Вам нужно войти в свою учетную запись ACCESS по ссылке access.wisconsin.gov. Если у Вас нет учетной записи ACCESS, Вы можете создать ее, чтобы просматривать письма и информацию о своих льготах и программах по интернету.



Ресурсы и контактные данные

Льготы и программы

Агентство Вашего округа или племени может ответить на вопросы о льготах и программах, помочь Вам с подачей заявления, объяснить правила регистрации и помочь пройти собеседование для программы FoodShare.

Окружные агентства в Wisconsin разделены на 11 различных групп, которые называются консорциумами.

Также в Висконсине есть девять агентств племени. Если Вы являетесь членом племени, свяжитесь с Вашим агентством племени. Если такового не имеется, обратитесь в агентство Вашего округа.

В приведенной ниже таблице перечислены консорциумы и агентства племени в алфавитном порядке с указанием номеров телефонов, а также округа, являющегося частью каждого консорциума. Позвоните по номеру основного консорциума, чтобы связаться с Вашим агентством. Например, если Вы живете в округе Грин-Лейк, Вы будете звонить по номеру 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 	

Медицинские услуги

По вопросам, касающимся услуг, покрываемых BadgerCare Plus и Medicaid, звоните по тел. 800-362-3002.

Программа SeniorCare

По вопросам, связанным с SeniorCare, звоните на горячую линию службы по работе с клиентами SeniorCare по тел. 800-657-2038.

Если Вы пожилой человек или имеете ограниченные возможности, Ваша местная организация по обслуживанию людей с особыми потребностями может предоставить информацию о широком спектре программ и услуг, а также помочь понять, какие варианты длительного ухода доступны Вам. Чтобы найти информацию о подобной организации в Вашем округе, перейдите по ссылке www.FindMyADRC.com.

Ваше право на беспристрастное слушание

При любом случае отказа в предоставлении льгот, сокращения объема или прекращения предоставления льгот или в случаях, когда агентство, по Вашему мнению, допустило ошибку, обращайтесь в агентство. Если агентство с Вами не согласится, Вы можете попросить работника помочь Вам подать заявление на проведение предварительного совещания и беспристрастного слушания.

Предварительное совещание

Вы можете прийти к соглашению с агентством во время предварительного совещания, не дожидаясь проведения беспристрастного слушания. На совещании Вы сможете изложить свою точку зрения.

Ваше агентство объяснит, почему были приняты именно такие меры. Если агентство обнаружит, что допустило ошибку, оно изменит свое решение и примет корректирующие меры. Если агентство решит, что первоначальное решение было верным, а Вы по-прежнему считаете, что оно ошибочно, Вы имеете право на беспристрастное слушание.

Примечание: Согласие на проведение предварительного совещания никак не влияет на Ваше право на беспристрастное слушание. Вы можете отменить проведение беспристрастного слушания, если удовлетворены результатом предварительного совещания.

Беспристрастное слушание

Беспристрастное слушание дает Вам возможность объяснить должностному лицу, слушающему дело, почему Вы считаете принятое по Вашему заявлению или льготам решение неверным. Во время слушания должностное лицо выслушает аргументы обеих сторон и примет решение. Вы можете привести друга или члена семьи на слушание. Вы также можете получить бесплатную юридическую помощь. Более подробную информацию см. в разделе «Юридическая помощь» на стр. 19.

Когда подавать заявление на проведение беспристрастного слушания

К примерам, когда следует подавать заявление на проведение беспристрастного слушания, относится следующее:

- Вы считаете, что Ваше заявление отклонили несправедливо или по ошибке.
- Ваши льготы были приостановлены, сокращены или отменены, и Вы считаете, что это было сделано ошибочно.
- Вы не согласны с размером получаемого пособия.
- Решение по Вашему заявлению не было принято в течение 30 дней.

Внимательно читайте каждое полученное письмо, чтобы понять суть принятых мер. Если причиной изменения в льготах является изменение норм на федеральном уровне или уровне штата, Division of Hearings and Appeals имеет право отказать в проведении беспристрастного слушания.

Как просить о проведении беспристрастного слушания

Обратитесь в агентство с просьбой помочь Вам подать заявление на проведение беспристрастного слушания или отправьте письмо по адресу:

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

Вы можете получить форму Fair Hearing Request (запрос на проведение беспристрастного слушания) по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или по тел. 608-266-7709.

Если Вы решите не отправлять форму, а написать письмо, то оно должно содержать все из перечисленного ниже:

- Ваше имя;

- Ваш почтовый адрес;
- краткое описание проблемы;
- название агентства, которое предприняло соответствующие меры или отказало в обслуживании;
- Ваш номер социального обеспечения;
- Ваша подпись.

Если дело связано с FoodShare, агентство может принять Ваш запрос в устной форме.

Если дело касается программ медицинского обслуживания, запрос на проведение беспристрастного слушания должен быть подан не позднее чем через 45 дней после даты подачи апелляции. Если дело касается FoodShare, запрос на проведение беспристрастного слушания должен быть подан не позднее чем через 90 дней после даты подачи апелляции. Если Вы не согласны с размером пособия по FoodShare, Вы можете подать запрос на проведение слушания в любое время, пока являетесь участником программы. В последнем письме будет указана дата, к которой Вы должны запросить слушание.

Вы, выбранный Вами представитель (если таковой имеется) и Ваше агентство получат письменное уведомление по крайней мере за 10 дней до слушания с указанием времени, даты и места слушания.

Подготовка к беспристрастному слушанию

Вы имеете право пригласить свидетелей, своего адвоката или другого консультанта на беспристрастное слушание. Department of Health Services не оплатят Вам услуги юриста, представляющего Ваши интересы, но помогут найти бесплатную юридическую помощь для консультации и представления на слушании.

Вы имеете право просмотреть любую информацию в Вашем деле, которая использовалась для установления Вашего членства в программе.

Вы или Ваш представитель имеете право:

- задавать вопросы любому, кто дает показания во время слушания;
- представить свои аргументы и письменные материалы, которые показывают, на каком основании Вы считаете себя правым;
- представить в качестве доказательства медицинское заключение, если слушание касается того, являетесь ли Вы инвалидом или можете ли работать вследствие болезни или травмы. Ваше агентство оплатит расходы на медицинское освидетельствование.

Если Вы не говорите по-английски, Вы имеете право на присутствие переводчика на слушании. Вы можете обратиться в Division of Hearings and Appeals с просьбой оплатить услуги переводчика.

Продолжение информации о льготах

Если Вы получаете льготы и просите о беспристрастном слушании до изменения Ваших льгот, Вы можете продолжать получать те же льготы до тех пор, пока не будет принято решение по Вашему слушанию.

Если должностное лицо, слушающее дело, решит, что решение Вашего агентства было правильным, Вам, возможно, потребуется выплатить дополнительные льготы, которые Вы получили между тем временем, когда подали запрос на беспристрастное слушание, и временем, когда должностное лицо примет решение.

Если Вы запросили беспристрастное слушание, Вам все равно нужно будет завершить все плановые продления. Если до проведения беспристрастного слушания агентство сообщит Вам, что период Вашего участия в программе истек, Вы должны подать повторное заявление и выполнить все правила программы для продления льгот. В случае изменений обстоятельств, Ваши льготы изменятся или будут отменены с момента наступления изменений.

Результаты беспристрастного слушания

Если решение вынесено в Вашу пользу, агентство не предпримет против Вас никаких действий. Если льготы были отменены, Вы начнете снова их получать. Дата, когда Вы начнете получать льготы, будет указана в письме с решением, вынесенным на беспристрастном слушании.

Если решение будет вынесено не в Вашу пользу, участие в программе будет прекращено, и Вам придется выплатить льготы, которые Вы получили сверх положенного. О любых ограничениях в выплате льгот узнавайте в своем агентстве.

Никакие другие действия не будут предприняты против Вас за подачу запроса на проведение беспристрастного слушания.

Повторное слушание

Если Вы не согласны с решением, вынесенным на беспристрастном слушании, Вы имеете право запросить проведение повторного слушания, если:

- появились новые доказательства, которые ранее были неизвестны и недоступны и которые могут повлиять на решение;
- Вы считаете, что в фактах, лежащих в основе решения, есть ошибка;
- Вы считаете, что в юридическом обосновании решения есть ошибка.

Письменный запрос на проведение повторного слушания должен быть получен в течение 20 дней с момента получения письменного решения по беспристрастному слушанию. Подразделение слушаний и апелляций в течение 30 дней с момента получения письменного запроса примет решение о проведении повторного слушания. Если агентство не выдаст письменный ответ на Ваш запрос в течение 30 дней, Ваш запрос будет отклонен.

Обжалование решения, принятого по результатам слушания или повторного слушания

Если Вы не согласны с решением, принятым по результатам беспристрастного слушания или повторного слушания, у Вас все еще есть возможность обжаловать это решение в окружном суде Вашего округа. Это должно быть сделано в течение 30 дней после получения письменного решения, принятого по результатам беспристрастного слушания, или в течение 30 дней после отклонения запроса на повторное слушание. Чтобы подать апелляцию в окружной суд, необходимо подать ходатайство через секретаря суда Вашего округа. Лучше всего обратиться за юридической помощью, если Вы решите обжаловать решение, принятое по результатам беспристрастного слушания, в окружном суде.

Юридическая помощь

Вы можете получить юридическую помощь в Wisconsin Judicare, Inc. или Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW). Чтобы найти ближайший к Вам офис:

- позвоните в Judicare по тел. 800-472-1638 или перейдите по ссылке www.judicare.org;
- позвоните в LAW по тел. 888-278-0633 или перейдите по ссылке www.badgerlaw.net.



Сбор и использование информации и конфиденциальность

Уведомление о недопущении дискриминации: дискриминация противоречит закону — программы, связанные с медицинским обслуживанием

Wisconsin Department of Health Services соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола. Department of Health Services не исключает людей и не относится к ним иным образом из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола.

Department of Health Services:

- Предоставляет бесплатные средства и услуги лицам с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, такие как:
 - Квалифицированные переводчики жестового языка
 - Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы)
- Предоставляет бесплатные языковые услуги людям, чей основной язык не является английским, например:
 - Квалифицированные переводчики
 - Информация, написанная на других языках

Если Вы нуждаетесь в данных услугах, обратитесь к уполномоченному по правам человека в Department of Health Services по тел. 844-201-6870.

Если Вы считаете что, Department of Health Services не предоставил данные услуги или допустил дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, Вы можете отправить жалобу по адресу: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, ТТ: 711, по факсу: 608-267-1434, или по электронной почте на адрес dhsarc@dhs.wisconsin.gov. Вы можете подать жалобу лично, по почте, факсом или по электронной почте. Если Вам нужна помощь в подаче жалобы, обратитесь к уполномоченному по гражданским правам в Department of Health Services.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights в электронной форме через Office for Civil Rights Complaint Portal по ссылке <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, отправить письмо или позвонить в:

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)

Формы для подачи жалоб доступны по ссылке <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) schwetzscht, kantscht 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 متوفرة 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>

Заявление USDA о недопущении дискриминации

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и положениями и политикой в области гражданских прав U.S. Department of Agriculture (USDA) USDA, его подведомственным органам, офисам, работникам, а также учреждениям, участвующим или руководящим осуществлением программ USDA, запрещается дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, ограниченных возможностей, возраста, политических взглядов или возмездия или репрессий за предыдущее участие в борьбе за гражданские права в любой программе или деятельности, осуществляемых или финансируемых USDA.

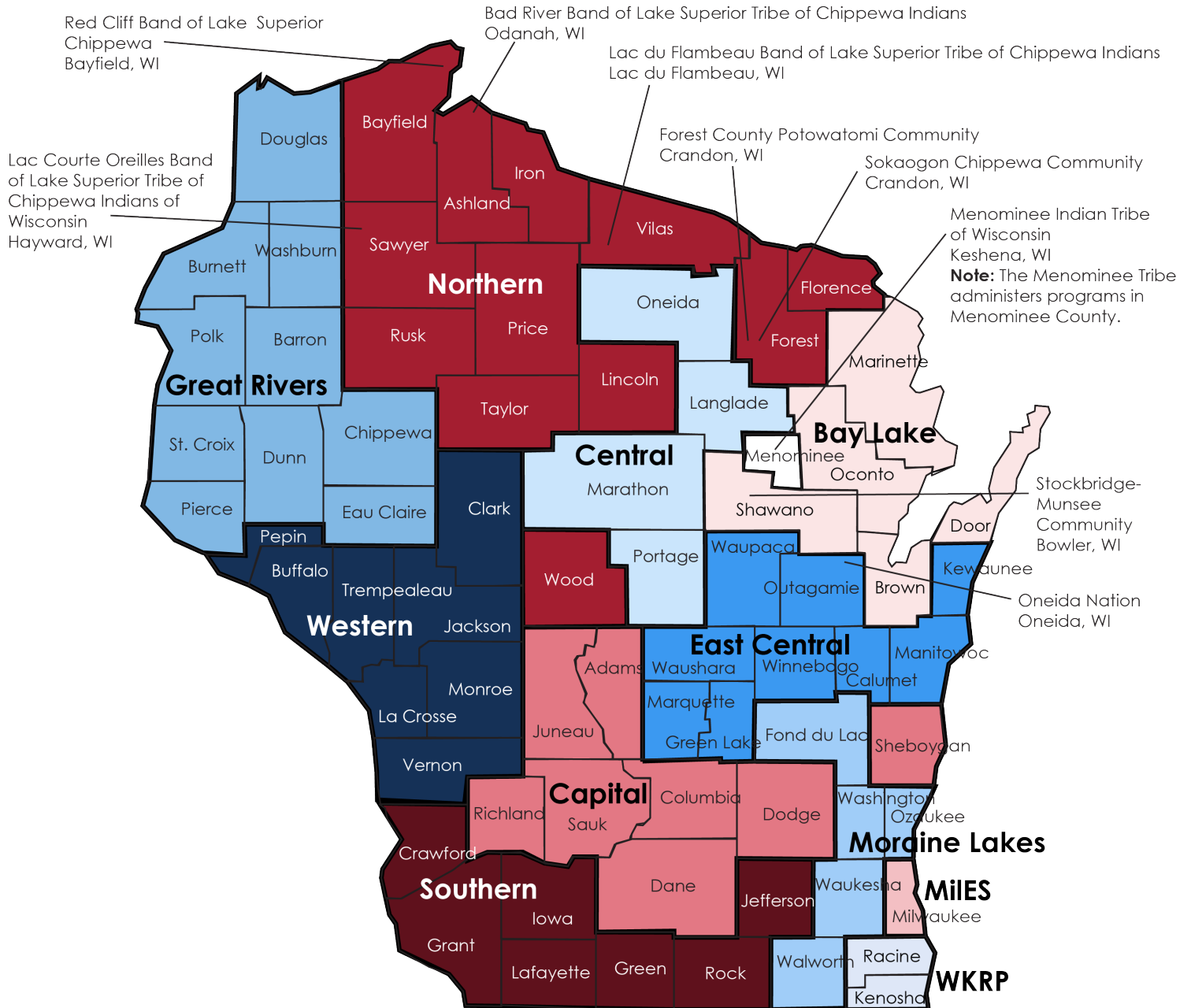
Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обратиться в то Агентство (штата или по месту жительства), куда они подавали заявление на получение льгот. Лица, страдающие глухотой, дефектами слуха или нарушениями речи, могут обратиться в USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по тел. (800) 877-8339. Кроме того, информацию можно получить на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, заполните форму [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) (Форма для подачи жалобы о дискриминации по программе USDA) в интернете в разделе: [How to File a Complaint](#) (Как подать жалобу) и в любом офисе USDA или напишите письмо на адрес USDA и укажите в письме все сведения, запрашиваемых в форме. Чтобы запросить копию формы для подачи жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Направьте заполненную форму или письмо в USDA:

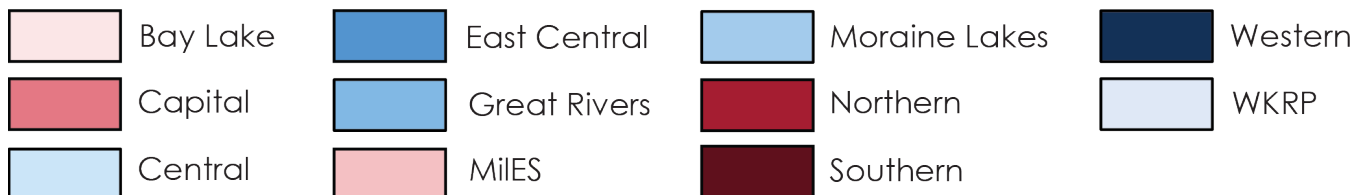
- (1) почтой: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) факсом: (202) 690-7442;
- (3) электронной почтой на адрес: program_intake@usda.gov.

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

Консорциумы по поддержанию доходов населения и агентства племени



Consortia:





WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

P-16091R
03/2019