

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE DESCALIFICACIÓN  
DISQUALIFICATION CONSENT AGREEMENT**

La información de identificación personal será utilizada únicamente para la administración directa de los programas de asistencia pública.

Nombre – Miembro	Número de caso	Fecha de acuerdo
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal

**Creemos que usted cometió una violación intencional al programa al:**

- Hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente.
- Tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente.
- Cometer cualquier acto que constituya una violación de la Food Stamp Act, las regulaciones del Food Stamp Program o cualquier estatuto de Wisconsin con el fin de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de FoodShare o tarjetas QUEST.

Su caso ha sido referido al fiscal de distrito para enjuiciamiento por tergiversación o fraude civil o criminal. Hay evidencia que respalda la acusación. Usted puede postergar el enjuiciamiento firmando este acuerdo de consentimiento de descalificación. Al firmar este acuerdo usted recibirá la sanción descrita a continuación. La sanción se impone por el periodo de descalificación a pesar de que no ha sido encontrado culpable de tergiversación o fraude civil o criminal.

**En vigor a partir del \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ será descalificado del programa FoodShare por:**

- Un** año porque ésta sería su primera infracción.
- Dos** años porque ésta sería su segunda infracción.
- Dos** años porque ésta sería su primera condena en un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de drogas.
- Permanentemente** porque ésta sería su primera condena en un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios que implican la venta de armas de fuego, municiones o explosivos.
- Permanentemente** porque ésta sería su segunda condena en una corte federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de drogas.
- Permanentemente** porque ésta sería una condena en un tribunal federal, estatal o local por haber traficado beneficios en un monto total de \$500 o más.
- 10** años porque ésta sería su primera o segunda sanción por violación intencional al programa debido a la recepción de beneficios duplicados basado en su declaración o representación fraudulenta.
- Permanentemente** porque ésta sería su tercera violación de cualquiera de las anteriores.

Usted y los demás miembros adultos en su grupo de asistencia durante el período de infracción y sobrepago resultante son responsables de restituir los beneficios de FoodShare recibidos por error. Los futuros beneficios de FoodShare que reciba su grupo familiar serán reducidos debido a su descalificación y podrían ser reducidos para recuperar el sobrepago.

Para estar de acuerdo con la descalificación, lea la declaración que se encuentra en la página 2, y firme el acuerdo en el espacio designado. Si usted no es el jefe del hogar, el jefe del hogar también debe firmar este acuerdo.

**Entiendo que al aceptar la descalificación se producirán las consecuencias explicadas anteriormente y se impondrá la sanción o las sanciones por descalificación descritas anteriormente.**

<b>FIRMA</b> – Participante	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Jefe del hogar	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Juez, fiscal o persona designada	Fecha de la firma

**Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:**

*No envíe solicitudes por este medio.*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**  
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock  
Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**  
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*No envíe solicitudes por este medio.*