

RETURN ADDRESS
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de envío: MM/DD/YYYY

ANNA MEMBER
123 MAIN ST
ANYTOWN WI 55555



State of Wisconsin

CASE: 1234567890

ABC Agency

Phone: 987-654-3210

Fax: 555-555-5555

Online at access.wi.gov



El Estado de Wisconsin es un proveedor de servicios que ofrece oportunidad igual a todos. Esta carta contiene información que afecta a sus beneficios. Si usted necesita este material en un formato distinto debido a una discapacidad o si necesita esta carta traducida o que se le explique en su propio idioma, por favor llame al 1-888-947-6583. Estos servicios son gratuitos.

Usted Podría Recibir Más FoodShare

Usted recientemente nos dijo que hubo un cambio en la información de su hogar. Si usted nos da información adicional, podremos ver si puede recibir más beneficios de FoodShare.

Esto es lo que usted debe hacer:

- Lea la lista a continuación para ver qué información nos hace falta.
- Si usted tiene documentos que muestren la información que falta, nos los puede enviar. Vea la sección **Enviar documentos** al final de esta carta para obtener instrucciones.
- Usted también puede llamar a su agencia local con la información.

Usted no está obligado a darnos esta información en este momento, pero si lo hace, le diremos si usted puede recibir más FoodShare. Si usted no toma ninguna acción, nada cambiará. Usted seguirá recibiendo la cantidad actual de beneficios.

Nombre	Información faltante
NOMBRE 1	- Employment at PUBLIX including: Type of employment (Regular, Trial, Census, etc.); Expected monthly income before taxes or deductions and number of hours worked per pay period
NOMBRE 2	- Living arrangement

Comuníquese con su agencia local si usted tiene preguntas o necesita ayuda para obtener esta información.

Declaración de No Discriminación de USDA

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:

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/ad-3027s.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

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Enviar documentos

De: [REDACTED]

Número total de páginas:

Teléfono: _____

(Incluyendo esta hoja)

Incluya esta página si envía por fax, correo o envía sus documentos a su agencia.

Agregue su número de teléfono y el número total de páginas en la casilla.

No escriba en ningún otro lugar de esta hoja.

Envíe solo copias de documentos (no originales). No podemos devolver ningún documento que usted nos envíe.

Maneras de enviar

La manera más fácil y segura de enviar documentos es a través de su cuenta de ACCESS. Vaya a access.wi.gov o use la aplicación MyACCESS para crear una cuenta o iniciar sesión. Escanee el código QR para obtener la aplicación.



 Móvil	Tome fotos de sus documentos y envíelos usando la aplicación móvil de MyACCESS.
 En línea	Cargue todas las páginas de sus documentos en el sitio web de ACCESS en access.wi.gov .
 Correo	Incluya esta página y envíe por correo a: ABC AGENCY XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX
 En persona	Incluya esta página y llévela a la agencia donde generalmente recibe servicios o a: ABC AGENCY
 Fax	Utilice esta página como la primera página de su fax. Si su documento tiene información en ambos lados, copie cada lado antes de enviarlo por fax a: ABC AGENCY: 555-555-5555

Confidencialidad: Este fax solo debe ser utilizado por la persona o agencia mencionada anteriormente. Puede tener información que es privada y no debe compartirse. Si usted no es la persona o agencia mencionada anteriormente, es ilegal revisar, usar, copiar o compartir el contenido con cualquier persona. Si recibe este fax por error, llame al remitente de inmediato al número de teléfono anterior.