

**ЗАПРОС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ FOODSHARE
REQUEST FOR REPLACEMENT FOODSHARE BENEFITS**

Инструкции: Если Вы являетесь действующим участником FoodShare и еда, приобретенная Вами с помощью льгот программы FoodShare, была уничтожена из-за несчастного случая в семье или стихийного бедствия, заполните эту форму и отправьте ее вместе с подтверждением* того, что Ваша еда была уничтожена, используя один из следующих вариантов:

Примечание: Заполненная форма и подтверждение должны быть представлены в течение 10 дней после потери.

 **Онлайн**

Отсканируйте все страницы бланка на веб-сайт ACCESS. Вы можете выполнить это действие через свою учетную запись ACCESS, в которую Вы можете войти через access.wi.gov.

 **По почте**

Если Вы проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте этот бланк по почтовому адресу:

MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

Если Вы не проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте этот бланк по почтовому адресу:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

 **Факс**

- Если Вы проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте этот бланк по факсу на 888-409-1979.
- Если вы не проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте этот бланк по факсу на 855-293-1822.

 **Лично**

Отнесите бланк в ваше агентство. Контактные данные Вашего агентства находятся на веб-сайте Wisconsin Department of Health Services (Департамента здравоохранения штата Висконсин, DHS):

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

Имя (имя, фамилия, второй инициал)	Номер дела
------------------------------------	------------

Опишите, как Ваша еда была уничтожена (например наводнение, перебои в подаче электроэнергии, пожар):

Оценочная стоимость уничтоженной пищи \$	Дата, когда еда была уничтожена (эта дата может отличаться от даты несчастного случая в семье или стихийного бедствия, которые уничтожили еду. Например, при перебоях в подаче электроэнергии еда, скорее всего, была уничтожена или испорчена на следующий день. Пожар или наводнение могли уничтожить еду в тот же день.)
---	---

Я понимаю вопросы и заявления в этой форме. Я понимаю наказания за предоставление ложной информации или нарушение правил. Под страхом наказания за лжесвидетельство и дача ложных показаний под присягой я подтверждаю, что все мои ответы верны и полны, насколько мне известно. Я понимаю и согласен предоставить документы, подтверждающие сказанное. Я понимаю, что местное агентство может связаться с другими лицами или организациями для получения необходимых доказательств моего права на получение пособия и размера моих льгот.

ПОДПИСЬ – Заявитель	Дата подписания
----------------------------	-----------------

*Приемлемые виды подтверждения могут включать информацию, предоставленную пожарной службой, полицией, общественной организацией или другими источниками помощи. Подтверждение уничтоженной еды **не** требуется, когда объявлено чрезвычайное положение.

Справедливые слушания: я понимаю, что имею право подать запрос на справедливое слушание для обжалования любых действий, предпринятых в отношении моего заявления или текущих льгот, если я не согласен с этим действием. Я понимаю, что могу попросить о справедливом слушании, написав в отдел апелляции по адресу: **Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53708-7875** или **позвонив по телефону 608-266-7709**. Я также могу связаться с офисом агентства, где я подал заявление, и попросить о справедливом слушании в устной или письменной форме. Я понимаю, что могу обратиться к справочнику по регистрации и льготам ForwardHealth Enrollment and Benefits (P-00079) для получения дополнительной информации.

Заявление о недискриминации

В соответствии с федеральным законом и положениями и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещены дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните Форму жалобы о дискриминации в программе USDA (AD-3027), которая доступна в интернете по адресу www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону **(866) 632-9992**. Отправьте заполненную форму или письмо в

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.