

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО ПРОГРАММАМ
WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY
SERVICES, SENIORCARE И CARETAKER SUPPLEMENT**

**RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTHORIZATION FOR WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE
PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES, SENIORCARE, AND CARETAKER SUPPLEMENT**

Чтобы дать разрешение на раскрытие информации, указанной в разделе 2 ниже, нужно заполнить и подать эту форму. Лицо, чья информация подлежит раскрытию, может иметь право на ознакомление с раскрываемой информацией и, после уплаты установленных взносов, на получение ее копии.

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ФОРМЫ

Если лицо, чья информация подлежит раскрытию, проживает в **Milwaukee County**, воспользуйтесь одним из следующих вариантов:

- Отправьте форму факсом по номеру 1-888-409-1979.
- Отправьте форму почтой по адресу:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Если лицо, чья информация подлежит раскрытию, не проживает в Milwaukee County, воспользуйтесь одним из следующих вариантов:

- Отправьте форму факсом по номеру 1-855-293-1822.
- Отправьте форму почтой по адресу:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

РАЗДЕЛ 1

Личная и контактная информация



Часть А: Лицо, чья информация подлежит раскрытию

Имя – Лицо, чья информация подлежит раскрытию (фамилия, имя, инициалы среднего имени)

Номер дела (если известен)

Дата рождения

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Часть В: Лицо или организация, которым может быть передана информация

Имя (название) – Лицо или организация, которым может быть передана информация

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Часть С: Ведомство/Консорциум, уполномоченные раскрывать информацию

Название – Ведомство по поддержанию доходов населения или агентство племени/консорциум, уполномоченные раскрывать информацию

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

РАЗДЕЛ 2

Информация, которую можно раскрывать



Укажите информацию, которую разрешается раскрывать:

- Текущий статус прав на участие в программах медицинского обслуживания и питания
- Информация, используемая для определения права на участие в программах медицинского обслуживания и питания
- Другая информация о правах на участие – укажите:

Укажите, какова цель или чем вызвана потребность в раскрытии информации. Будьте конкретны.

Укажите дату, когда разрешение перестанет действовать. Это должна быть дата в пределах 12 месяцев после подписания формы. Если дата не будет указана, разрешение перестанет действовать через 12 месяцев после подписания формы.

РАЗДЕЛ 3

Заявление о понимании и подпись



- Я разрешаю передать информацию лицу или организации, указанной в части В раздела 1.
- Разрешение предоставляется добровольно. Отказ от подписания не повлияет на обращение со мной, выплаты, регистрацию в программе или право на получение пособия.
- Информация, на раскрытие которой я даю разрешение, может быть повторно раскрыта получателем документов, только если это допускается законом. Если информация будет раскрыта повторно, получатель повторно раскрытой информации может регулироваться другими законами.

- Это разрешение может быть отозвано мной в письменной форме в любое время, что не будет распространяться на информацию, которая уже была раскрыта в результате действия этого разрешения. Письменный отзыв должен быть передан в ведомство/консорциум, которому я дал(а) разрешение на раскрытие информации.
- Если разрешение не будет отозвано, оно останется в силе до даты, указанной в разделе 2.



ПОДПИСЬ – Лицо, чья информация подлежит раскрытию

Дата подписи

Заявление USDA о недискриминации

Данному учреждению запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии или политических убеждений.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию 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 [How to File a Complaint](#) 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 USDA:

- (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.

Для получения любой другой информации, относящейся к вопросам Программы дополнительной помощи с питанием (SNAP), следует позвонить в Горячую линию SNAP USDA по телефону (800) 221-5689, где также предлагается возможность разговора на испанском языке, или позвонить в [Горячую информационную линию штата](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам), номер которой вы можете найти в интернете по адресу [SNAP Hotline](#).

Чтобы подать жалобу о дискриминации в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через Министерство здравоохранения и социальных служб США (HHS), напишите по адресу HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, или позвоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телетайп).

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.