WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-02431CM (06/2023)

有关美国军队服役的声明
STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

如果您不是美国公民，您必须符合有关移民的计划规定，才能有资格享受 Wisconsin Medicaid、BadgerCare Plus、Family Planning Only Services 和/或 FoodShare 福利。本表将帮助我们了解您是否符合计划规定。您无需填写和提交本表。但是，如果您不填写本表，您可能没有资格享受福利。

说明
填写未列出的任何信息。勾选适用的服役信息方框。如果您同意本声明，请在本表中签名和填写日期。然后用大写字母填写您的姓名。

提交方法选择
用以下一种方法提交填妥的表格：

- **移动应用程序** 为本表所有页面拍照，使用 MyACCESS 移动应用程序提交拍摄的照片。
- **在线** 扫描本表的所有页面并送交至 ACCESS 网站。您可以通过您的 ACCESS 账户这样做，您可以在 access.wi.gov 登入 ACCESS 账户。

  注释：您只能在某些时间扫描表格并送交至 ACCESS 网站。如果您无法扫描本表并送交至 ACCESS 网站，请使用另一种方法提交本表。
- **传真**
  - 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将本表传真至 888-409-1979。
  - 如果您**不**住在 Milwaukee 县，请将本表传真至 855-293-1822。
- **邮寄**
  - 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将本表邮寄至：
    MDPU
    6055 N. 64th St.
    Milwaukee, WI 53218
  - 如果您**不**住在 Milwaukee 县，请将本表邮寄至：CDPU
    PO Box 5234
    Janesville, WI 53547
- **亲自递送** 将本表送至您所在县的资格服务机构。请在以下威斯康辛州卫生服务部的网站查找该机构的联系信息：
  www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

第 1 节 有关申请福利人士的信息

姓名 — 申请福利的人士（名、姓、中间名首字母）

个案号码（如有）	出生日期（如果您没有个案号码）

第 2 节 美国军队服役信息

姓名（名、姓、中间名首字母）	出生日期

该人士是：

☐ 荣誉退伍军人；
☐ 现役军人，**不**包括现役培训。
☐ 退伍军人或现役军人的配偶；
☐ 退伍军人或现役军人的子女；子女必须未婚且年龄在 18 岁以下。
☐ 退伍军人的未亡配偶；
☐ 以上都不是。

《美国法典》第 8 篇第 1612 款和第 1613 款

ID

第 3 节 理解声明和签名

我在下方的签名表示，据我所知，我在本表中提供的信息准确无误，我理解以下各项：

- 威斯康辛州卫生服务部将退伍军人定义为在以下一个时间段后从美国军队荣誉退役的人：
  - 至少服役 24 个月
  - 在该人士应召服役期间服役
  - 服役不足 24 个月，但因在服役期间导致的残障或残障加重而退役
  - 服役不足 24 个月，但因家庭困难退役
  - 第二次世界大战期间在菲律宾联邦军服役或担任菲律宾侦察兵
- 我还声明，我理解威斯康辛州卫生服务部将未亡配偶定义为自从退伍军人去世以来没有再婚且符合以下一个条件的人士：
  - 与退伍军人结婚至少一年
  - 在退伍军人终止军队服役后 15 年内与退伍军人结婚
  - 在任何阶段与退伍军人结婚，与退伍军人育有一名子女

签名 – 您家中的成年人	签字日期

用大写字母填写名和姓

RESET FORM

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs
Wisconsin Department of Health Services 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 Department of Health Services不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Department of Health Services:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如:
  - 合格的手語翻譯員。
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員。
  - 以其他語言書寫的資訊。

如果您需要此類服務，請聯絡 Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870)。

如果您認為Department of Health Services 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以向: 提交投訴，郵寄地址為 Department of Health Services, Attn: civil rights coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850 ，電話號碼為 608-267-4955, 、TTY（聽障專線）號碼為 711，傳真為 608-267-1434 ，電子信箱為 dhscrc@dhs.wisconsin.gov 。您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助， Department of Health Services civil rights coordinator可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf ，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

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)（聾人用電信設備）

登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
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).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
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).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة :إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**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।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**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).
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).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

请勿在此发送申请。

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf。您也可从 USDA 办公室或拨打(833) 620-1071 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

(1) **邮件:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或

(2) **传真:**
(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或

(3) **电子邮箱:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构提供平等机会。

请勿在此发送申请。