

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
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205
 - 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。

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

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 dhsrcc@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 serbisyong 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 lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711). |

非歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规及政策,美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理美国农业部计划的机构均被禁止在由农业部执行或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰进行歧视,或是对以往的民权活动进行打击报复。

那些需要以替代性通讯手段(如盲文、大字版本、录音带、美国手语等)获取计划信息的残疾人士应该与他们申请福利的(州或地方)机构联络。那些耳聋、有听力困难或语言障碍的人士可通过联邦中继服务号码(800)877-8339与美国农业部联络。此外,计划信息还有其它语言版本。

欲提交有关计划的歧视投诉,请到该网页([How to File a Complaint](#))和农业部的任何一家办事处填写《美国农业部计划歧视投诉表》(表格 AD-3027),或是写信给美国农业部并在信中提供该表格所要求的所有信息。若需该投诉表副本,请致电(866)632-9992。请将填好的表格或写给农业部的信件送至:

- (1) 信件: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Right
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202)690-7442; 或
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov

本机构向所有人士提供均等机会。