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

ID

ERKLÄRUNG ZUM US-AMERIKANISCHEN MILITÄRDIENST
STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

Wenn Sie kein Bürger der USA sind, müssen Sie die Programmregeln zur Einwanderung erfüllen, um Anspruch auf die Leistungen von Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services und/oder Foodshare zu haben. Mit diesem Formular finden Sie heraus, ob Sie die Programmregeln erfüllen. Sie sind nicht dazu verpflichtet, das Formular auszufüllen und einzusenden. Wenn Sie dies allerdings nicht tun, haben Sie ggf. keinen Anspruch auf Leistungen.

Anweisungen
Tragen Sie sämtliche Informationen ein, die noch nicht aufgeführt sind. Kreuzen Sie die zutreffende Aussage zum Militärdienst an. Wenn Sie der Erklärung zustimmen, unterzeichnen und datieren Sie dieses Formular. Tragen Sie anschließend Ihren Namen in Druckbuchstaben ein.

Möglichkeiten der Einreichung
Nutzen Sie eine der folgenden Möglichkeiten, um das ausgefüllte Formular einzureichen:

- **Mobile App:** Fotografieren Sie alle Seiten des Formulars und reichen Sie diese über die mobile App MyACCESS ein.
- **Online.** Scannen Sie alle Seiten des Formulars ein und laden Sie diese auf die ACCESS-Website hoch. Hierfür können Sie Ihr ACCESS-Konto nutzen. Um sich anzumelden, gehen Sie auf access.wi.gov.

  Hinweis: Sie können Formulare nur zu bestimmten Zeiten auf die ACCESS-Website hochladen. Wenn Sie das Formular nicht einscannen und auf die ACCESS-Website hochladen können, nutzen Sie bitte eine andere Möglichkeit, um es einzureichen.
- **Fax.**
  - Wenn Sie in **Milwaukee County** wohnen, faxen Sie das Formular bitte an 888-409-1979.
  - Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County wohnen, faxen Sie das Formular bitte an 855-293-1822.
- **Post.**
  - Wenn Sie in **Milwaukee County** wohnen, schicken Sie das Formular bitte per Post an:
    MDPU
    6055 N. 64th St.
    Milwaukee, WI 53218
  - Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County leben, schicken Sie das Formular bitte per Post an:
    CDPU
    PO Box 5234
    Janesville, WI 53547
- **Persönliche Abgabe:** Bringen Sie Ihr Formular zu Ihrer zuständigen Behörde. Die Kontaktdaten Ihrer zuständigen Behörde finden Sie auf der Website des Wisconsin Department of Health Services: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

ABSCHNITT 1 Informationen über die Person, die die Leistungen beantragt hat

Name – Person, die die Leistungen beantragt hat (Vorname, Nachname, mittlere Initiale)

Fallnummer (falls vorhanden)	Geburtsdatum (falls keine Fallnummer vorhanden ist)

ABSCHNITT 2 Informationen zum US-amerikanischen Militärdienst

Name (Vorname, Nachname, mittlere Initiale)	Geburtsdatum:

Die Person ist:

☐ ein ehrenhaft entlassener Veteran.

☐ im aktiven Dienst. Dies beinhaltet **nicht** den aktiven Ausbildungsdienst.

8 U.S.C. §§1612 und 1613

ID

☐ der Ehegatte bzw. die Ehegattin einer Person im aktiven Dienst.

☐ das Kind eines Veteranen oder einer Person im aktiven Dienst. Das Kind muss unverheiratet und jünger als 18 Jahre alt sein.

☐ der hinterbliebene Ehegatte bzw. die hinterbliebene Ehegattin eines Veteranen.

☐ Keiner der oben genannten Punkte.

ABSCHNITT 3 Einverständniserklärung und Unterschrift

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass die Informationen, die ich auf diesem Formular angegeben habe, nach bestem Wissen und Gewissen der Wahrheit entsprechen, und dass ich Folgendes verstehe:

- Das Wisconsin Department of Health Services definiert einen Veteranen als Person, die nach einem der folgenden Punkte ehrenhaft aus dem US-amerikanischen Militärdienst entlassen wurde:
  - Dienstzeit von mindestens 24 Monaten
  - Dienst in dem Zeitraum, für den die Person in den aktiven Dienst einberufen wurde
  - Dienstzeit von weniger als 24 Monaten, sofern die Person infolge einer bei der Ausübung ihrer Pflicht erlittenen Invalidität aus dem aktiven Dienst entlassen bzw. davon befreit wurde
  - Dienstzeit von weniger als 24 Monaten, sofern die Person aufgrund eines Härtefalls in der Familie entlassen wurde
  - Dienstzeit in der Philippine Commonwealth Army oder als Philippinischer Aufklärer im Zweiten Weltkrieg
- Darüber hinaus verstehe ich, dass das Wisconsin Department of Health Services einen hinterbliebenen Ehegatten bzw. eine hinterbliebene Ehegattin als Person definiert, die seit dem Tod des Veteranen nicht erneut geheiratet hat und auf die einer der folgenden Punkte zutrifft:
  - Die Person war mindestens ein Jahr mit dem Veteranen verheiratet.
  - Die Person war mit dem Veteranen innerhalb der ersten 15 Jahre nach dessen Ausscheiden aus dem Militärdienst verheiratet.
  - Die Person war mit dem Veteranen für einen beliebigen Zeitraum verheiratet und hat ein Kind mit dem Veteranen.

UNTERSCHRIFT – Erwachsener in Ihrem Haushalt	Datum

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs
Wisconsin Department of Health Services erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab. Department of Health Services lehnt den Ausschluss oder die unterschiedliche Behandlung von Menschen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Department of Health Services:

- Bietet kostenlose Hilfe und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung zur effektiven Kommunikation, wie z. B.:
  - Qualifizierte Gebärdensprachen-Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Formaten (große Ausdrucke, Audio, zugängliche elektronische Formate, sonstige Formate). fax
- Bietet kostenlose Sprachdienste für Menschen, deren Hauptsprache nicht Englisch ist, wie z. B.: TTY
  - Qualifizierte Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Sprachen.

Sollten Sie diese Dienstleistungen benötigen, so wenden Sie sich an Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Department of Health Services es versäumte, diese Dienstleistungen anzubieten, oder auf sonstige Weise aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht diskriminierte, so können Sie eine Beschwerde einreichen bei: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Sie können eine Beschwerde persönlich oder per Post, Fax oder E-Mail einreichen. Sollten Sie Hilfe beim Einreichen einer Beschwerde benötigen, so steht Ihnen Department of Health Services civil rights coordinator gerne zur Verfügung.

Sie können ebenfalls eine Menschenrechtsbeschwerde einreichen bei: Department of Health and Human Services (U.S.-Gesundheitsministerium), Office for Civil Rights (Amt für Bürgerrechte), elektronisch über das Office for Civil Rights Complaint Portal, zugänglich über https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, oder per Post oder telefonisch an:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Beschwerdeformulare sind verfügbar unter http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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).

USDA-Gleichbehandlungsklausel

In Übereinstimmung mit den US-bundesrechtlichen Menschenrechtsgesetzen und den Menschenrechtsbestimmungen und -vorschriften des U.S. Department of Agriculture (USDA) ist es dem USDA, seinen Behörden, Geschäftsstellen und Mitarbeitern sowie Organen, die an USDA-Programmen beteiligt oder mit deren Administration befasst sind, untersagt, aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Behinderung, Alter, politischer Einstellung oder Repressalien bzw. Vergeltungsmaßnahmen wegen früherer Menschenrechtsaktivitäten in einem vom USDA durchgeführten oder finanzierten Programm oder einer Aktivität zu diskriminieren.

Personen mit Behinderungen, die für Programminformationen alternative Kommunikationsmittel benötigen (z. B. Blindenschrift, Großdruck, Audio-Bänder, Gebärdensprache usw.), sollten sich mit der einzelstaatlichen oder lokalen Behörde, bei der sie Leistungen beantragt haben, in Verbindung setzen. Personen, die taub, hörbehindert oder sprachbehindert sind, können sich durch den Federal Relay Service unter (800) 877-8339 mit dem USDA in Verbindung setzen. Darüber hinaus können Programminformationen in anderen Sprachen als Englisch zur Verfügung gestellt werden.

Um im Zusammenhang mit dem Programm eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte den Beschwerdebogen wegen Diskriminierung des USDA-Programms (AD-3027) aus, der online unter https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer und in jedem USDA-Büro erhältlich ist, oder Sie können dem USDA in einem Brief alle in dem Formular angeforderten Informationen zukommen lassen. Eine Kopie des Beschwerdeformulars können Sie telefonisch unter (866) 632-9992 anfordern. Senden Sie Ihr ausgefülltes Beschwerdeformular oder den Brief wie folgt an das USDA:

(1) Per Post: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Per Fax: (202) 690-7442 oder

(3) Per E-Mail an program.intake@usda.gov.

Diese Agentur ist ein Dienstleister, der Chancengleichheit bietet.