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

**ID**

# ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ США
## STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

Если вы не являетесь гражданином США, вы должны соблюдать правила программы, касающиеся иммиграции, чтобы иметь право на получение Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, и/или льгот FoodShare. Этот бланк поможет нам увидеть, соответствуете ли вы правилам программы. Вы не обязаны заполнять и отправлять этот бланк. Однако, если вы его не заполните, то возможно у вас нет права на получение пособий.

**Инструкции**
Добавляйте в письменной форме любую недостающую информацию. Ставьте галочку в поле для информации о военной службе, которая относится к вашей ситуации. Если вы согласны с заявлениями, подпишите и поставьте дату в этом бланке. Затем, напишите ваше имя печатными буквами.

**Варианты отправки**
Отправьте заполненный бланк одним из следующих способов:

- **Мобильное приложение.** Сфотографируйте все страницы бланка и отправьте их с помощью мобильного приложения MyACCESS.
- **Онлайн.** Отсканируйте все страницы бланка на веб-сайт ACCESS. Вы можете выполнить это действие через свою учетную запись ACCESS, в которую вы можете войти на access.wi.gov.

  **Примечание:** Сканирование бланков на веб-сайт ACCESS доступно только в определенное время. Если вы не можете отсканировать бланк на веб-сайт ACCESS, воспользуйтесь одним из других способов отправки бланка.
- **По факсу:**
  - 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.
- **По почте:**
  - Если вы проживаете в **Milwaukee County (округе Милуоки)**, отправьте этот бланк по почтовому адресу:
    MDPU
    6055 N. 64th St.
    Milwaukee, WI 53218
  - Если вы **не** проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте этот бланк по почтовому адресу:
    CDPU
    PO Box 5234
    Janesville, WI 53547
- **Лично.** Отнесите бланк в ваше агентство. Контактные данные вашего агентства находятся на веб-сайте Wisconsin Department of Health Services (Департамента здравоохранения штата Висконсин): www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

## РАЗДЕЛ 1 Информация о лице, обратившемся за льготами

| Имя - Лицо, подавшее заявку на получение пособия (имя, фамилия, второй инициал) | |
|---|---|
| Номер дела (если есть) | Дата рождения (если у вас нет номера дела) |

## РАЗДЕЛ 2 Информация о военной службе США

| Имя (имя, фамилия, второй инициал) | Дата рождения |
|---|---|
| | |

Свод законов США, часть 8, §1612 и 1613

**ID**

Этот человек:

☐ Ветеран, уволенный со службы с хорошей аттестацией.

☐ Находится на действительной военной службе. Это **не** включает в себя действительную военную службу для обучения.

☐ Супруг ветерана или лицо, находящееся на действительной службе.

☐ Ребенок ветерана или лица, находящегося на действительной службе. Ребенок должен быть не женат/не замужем и моложе 18 лет.

☐ Переживший супруг ветерана.

☐ Ни один из вышеперечисленных.

## РАЗДЕЛ 3 Заявления о взаимопонимании и подпись.

Подписываясь ниже, я заявляю, что информация, которую я предоставил в этой форме, является достоверной и точной, насколько мне известно, и что я понимаю следующее:

- Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин) определяет ветерана как человека, который был честно уволен из армии США после одного из следующих:
  - Срок службы не менее 24 месяцев
  - Служение на период, когда человек призван к действительной службе
  - Срок службы менее 24 месяцев но человек увольняется или освобождается от действительной службы по инвалидности, полученной или усугубленной при исполнении служебных обязанностей
  - Срок службы менее 24 месяцев, но человек увольняется из-за семейных трудностей
  - Служение в армии Филиппинского Содружества или в качестве филиппинского разведчика во время Второй мировой войны
- Я также подтверждаю своё понимание о том, что Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин) определяет пережившего супруга как лицо, которое не вступило в повторный брак после смерти ветерана и которое соответствует одному из следующих критериев:
  - Был женат на ветеране/была замужем за ветераном не менее года
  - Был женат на ветеране/была замужем за ветераном в течение 15 лет после окончания военной службы ветерана
  - Был женат на ветеране/была замужем за ветераном в течение любого периода времени и имел/а ребенка с ветераном

| **ПОДПИСЬ** – Совершеннолетнее лицо в вашем доме | Дата подписания |
|---|---|

Имя и фамилия (печатными буквами)

RESET FORM

**Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs**
Wisconsin Department of Health Services соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. Department of Health Services не исключает людей и не относится к ним по-разному из-за расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Department of Health Services:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков.
  - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы):
  - услуги квалифицированных переводчиков.
  - письменную информацию на других языках.

письменную информацию на других языках Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Если вы считаете, что в Department of Health Services вам не предоставили указанных услуг или иным образом дискриминировали вас по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, факс: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Department of Health Services civil rights coordinator.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, по почте или по телефону:

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)

Бланки жалобы доступны по адресу: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

| | |
|---|---|
| **Español (Spanish)**<br>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711). | **Deitsch (Pennsylvania Dutch)**<br>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)**<br>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)**<br>ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711). |
| **繁體中文 (Traditional Chinese)**<br>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)**<br>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711). |
| **Deutsch (German)**<br>HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711). | **Polski (Polish)**<br>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711). |
| **العربية (Arabic)**<br>ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711). | **हिंदी (Hindi)**<br>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)**<br>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711). | **Shqip (Albanian)**<br>KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711). |
| **한국어 (Korean)**<br>알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. | **Tagalog (Tagalog – Filipino)**<br>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)**<br>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)**<br>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). |

**Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:**

***Не присылайте сюда заявки.***

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

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

**(2)** **факс:**
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или

**(3)** **эл. почта:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.
***Не присылайте сюда заявки.***