

DECLARACION SOBRE EL SERVICIO MILITAR DE EUA
STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

Si usted no es un ciudadano de los EUA, debe satisfacer las reglas del programa sobre inmigración para ser elegible para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, y/o los beneficios de FoodShare. Este formulario nos ayudará a ver si usted satisface las reglas del programa. No necesita llenar y entregar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, podría no ser elegible para los beneficios.

Instrucciones

Escriba cualquier información que ya no está en la lista. Marque la caja de la información del servicio militar que aplica. Si está de acuerdo con las declaraciones, firme y ponga la fecha en este formulario. Luego escriba su nombre usando letras de imprenta.

Opciones para la entrega

Entregue su formulario completado en una de las siguientes maneras:

- **App móvil.** Tómese una foto a todas las páginas del formulario y entréguelas usando el app móvil de MyACCESS.
- **Por el Internet.** Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacer esto a través de su cuenta ACCESS, a la cual puede entrar en access.wi.gov.
Nota: Solamente puede escanear formularios para el sitio web de ACCESS en ciertas horas. Si no puede escanearlo al sitio de ACCESS, entregue el formulario usando una de las otras maneras.
- **Fax.**
 - Si vive en el **Condado de Milwaukee**, entregue por fax el formulario al 888-409-1979.
 - Si **no** vive en el Condado de Milwaukee, entregue por fax el formulario al 855-293-1822.
- **Por Correo.**
 - Si vive en el **Condado de Milwaukee**, mande por correo el formulario a:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
 - Si **no** vive en el Condado de Milwaukee, mande por correo el formulario a:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547
- **En Persona.** Lleve el formulario a su agencia. La información del contacto de su agencia es en el sitio web del Wisconsin Department of Health Services en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

SECTION 1 Información sobre la persona que solicitó beneficios



Nombre – La persona que solicitó beneficios (Nombre, Apellido, Inicial media)

Número de caso (si lo tiene)

Fecha de nacimiento (si usted no tiene un número de caso)

SECTION 2 Información sobre Servicio Militar de EUA



Nombre (Nombre, Apellido, Inicial media)

Fecha de nacimiento

Esta persona es:

- Un veterano dado de alta honorablemente.
- En servicio. **No** incluye servicio por entrenamiento.
- El cónyuge de un veterano o una persona en servicio.

- El niño de un veterano o de una persona en servicio. El niño debe ser soltero y menor de 18 años.
- El cónyugue sobreviviente de un veterano.
- Ninguna razón de las anteriores.

SECTION 3 **Declaraciones de Entendimiento y Firma**



Al firmar abajo, deajo saber que la información que he dado en este formulario es verdadero y preciso según mi mejor saber y entender y que yo comprendo lo siguiente:

- El Department of Health Services de Wisconsin define a un veterano como a una persona que ha sido dado de alta honorablemente del sistema militar de EUA después de una de las siguientes cosas:
 - Servicio al menos por 24 meses
 - Servicio durante el período en que la persona fue llamada a servicio activo
 - Servicio de menos de 24 meses pero dado de alta o salida del servicio debido a una incapacidad recibida o agravada en cumplimiento del deber
 - Servicio de menos de 24 meses pero dado de alta debido a problemas de familia
 - Servicio en el Philippine Commonwealth Army o como un Philippine Scout durante la Segunda Guerra Mundial
- También estoy diciendo que entiendo que el Department of Health Services de Wisconsin define a un cónyugue sobreviviente como a una persona que no se ha vuelto a casar desde la muerte del veterano y que satisface una de las siguientes cosas:
 - Estuvo casado/a con el veterano por lo menos por un año
 - Estuvo casado/a con el veterano dentro de los quince años después de que su servicio militar terminó
 - Estuvo casado/a con el veterano por un período de tiempo y tuvo un niño con el veterano



FIRMA – Adulto en su hogar

Fecha de la firma

Letra de imprenta para el nombre y el apellido

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: 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, dhsccr@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 844-201-6870 (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) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (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) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 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 flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 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 lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870, TTY: 711.

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

No envíe solicitudes por este medio.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock
Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes por este medio.