WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Division of Medicaid Services F-02491CM (05/2019)



FOODSHARE 食物采购和制作分开进行 FOODSHARE BUY AND MAKE FOOD SEPARATELY

说明:填写该表格,告诉我们您家中有哪些人,您是否会与他们一起采购和制作食物。当某个人没有与同一个屋檐下的 其他人采购和制作美食时,该表格提供 FoodShare 信息。个人身份信息仅用于 FoodShare 的直接管理。

提交表格

用以下一种方法提交填妥的表格:

通过移动应用程序提交

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。

□ 在线提交

将表格的所有页面扫描至 ACCESS 网站。您可以通过您的 ACCESS 账户这样做,需要在 <u>access.wi.gov</u> 网站登入 ACCESS 账户。

说明:您只能在特定时间将表格扫描到 ACCESS。如果您无法将表格扫描至 ACCESS 网站,请使用其他方法提交表格。

通过传真提交

- 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。

☑ 通过邮寄提交

- 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)	案例编号	
街道地址		出生日期	
城市		孙	邮政编码

SEF

第2节

家庭信息



请提供家人列表以及您与他们之间的关系	(例如:子女、	配偶、	父母、	朋友)。	您是否会与这些人-	·起 采购或制作 美
食? (选择是或否)						

姓名	关系	是	否	姓名	关系	是	否

第3节

理解声明和签名



在下面签名,即表示我明白作伪证或伪誓会受到的惩罚,我确认本表上提供的信息是真实的。我还表示我理解在相同 FoodShare 家庭中包含下列人员,即使我们不会一起采购和制作食物:

- 配偶
- 亲生、领养或继父母及其 22 岁以下的孩子
- 成人及其监护下的 18 岁以下儿童



签名 - 您家中的成年人

签字日期

用大写字母填写名和姓

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迅手段(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(<u>How to File a Complaint</u>)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: <u>program.intake@usda.gov</u>

本机构向所有人士提供均等机会。