

**FOODSHARE – LEBENSMITTEL GETRENNT EINKAUFEN UND ZUBEREITEN
FOODSHARE BUY AND MAKE FOOD SEPARATELY**

ANWEISUNGEN: Füllen Sie dieses Formular aus, um uns mitzuteilen, wer in Ihrem Haushalt lebt und ob Sie gemeinsam mit diesen Personen Lebensmittel kaufen und zubereiten. Dieses Formular liefert FoodShare Informationen darüber, ob eine Einzelperson Lebensmittel mit anderen Personen aus dem Haushalt kauft und zubereitet. Personenbezogene Daten werden ausschließlich für die direkte Verwaltung von FoodShare verwendet.

Einreichen des Formulars

Sie können das ausgefüllte Formular folgendermaßen einreichen:

 **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 nur zu bestimmten Zeiten Formulare auf ACCESS hochladen. Wenn Sie das Formular nicht einscannen und auf ACCESS 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
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

- Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County leben, schicken Sie das Formular bitte per Post an:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

 **Persönlich**

Bringen Sie Ihr Formular zu Ihrer zuständigen Behörde. Die Kontaktdaten Ihrer zuständigen Behörde finden Sie auf der Website des Wisconsin Department of Health Services (DHS): 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 | |
| Adresse | | Geburtsdatum: | |
| Stadt | Bundesstaat | Postleitzahl | |

ABSCHNITT 2 Informationen über den Haushalt



Erstellen Sie eine Liste der Personen, die in Ihrem Haushalt leben, und geben Sie deren Beziehung zu Ihnen an (z. B. Kind, Ehegatte, Elternteil, Freund). **Kaufen oder bereiten** Sie mit diesen Personen Lebensmittel zu? (Kreuzen Sie „Ja“ oder „Nein“ an.)


| Name | Beziehung | Ja | Nein | Name | Beziehung | Ja | Nein |
|------|-----------|--------------------------|--------------------------|------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ABSCHNITT 3 Einverständniserklärung und Unterschrift



Indem ich unten unterschreibe, bestätige ich unter Strafe von Meineid und Falschaussage, dass die auf diesem Formular angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich verstehe, dass die folgenden Personen als Teil desselben FoodShare-Haushalts gelten, auch wenn wir nicht gemeinsam Lebensmittel einkaufen oder zubereiten:

- Ehegatten
- Biologische, Adoptiv- oder Stiefeltern und deren Kinder im Alter unter 22 Jahren
- Erwachsene und Kinder unter 18 Jahren, die unter deren elterlicher Aufsicht stehen

| | | |
|--|---|-------|
|  | UNTERSCHRIFT – Erwachsener in Ihrem Haushalt | Datum |
|--|---|-------|

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

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.