

**Foodshare Покупка и приготовление пищи отдельно  
FOODSHARE BUY AND MAKE FOOD SEPARATELY**

**Инструкции:** Заполните этот бланк чтобы сообщить нам, кто находится в Вашей семье, и покупаете ли Вы и готовите с ними еду. Этот бланк предоставляет FoodShare информацию, когда человек не покупает и не готовит еду с другими людьми, которые живут в том же доме. Личная информация будет использоваться только в целях прямого управления FoodShare.

**Отправка бланка**

Вы можете отправить 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 через [access.wi.gov](http://access.wi.gov).

**Примечание:** Сканирование бланков на ACCESS доступно только в определенное время. Если Вы не можете отсканировать бланк на ACCESS, воспользуйтесь одним из других способов отправки бланка.

 **Факс**

- 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  
PO Box 05676  
Milwaukee, WI 53205

- 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, DHS): [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://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	
Адрес, улица	Дата рождения	
Город	Штат	Индекс

**РАЗДЕЛ 2**

**Информация о доме**



Предоставьте список людей, которые живут в Вашем доме, и кем они Вам приходятся (например: ребенок, супруг, родитель, друг). Вы когда нибудь **покупаєте или приготавливаете** пищу вместе с этими людьми? (Отметьте «да» или «нет».)

Имя	Кем приходится	Да	Нет	Имя	Кем приходится	Да	Нет
		<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"/>

**РАЗДЕЛ 3**

**Заявления о взаимопонимании и подпись.**



Подписываясь ниже, я заявляю, что под страхом наказания за лжесвидетельство и ложные клятвы, информация, которую я предоставил/а в этом бланке, является правдой. Я также заявляю, что понимаю, что в дом получающий FoodShare входят следующие люди, даже если мы не покупаем и не готовим еду вместе:

- Супруги
- Родные, усыновившие, удочерившие или приемные родители и их дети в возрасте до 22 лет
- Взрослые и дети в возрасте до 18 лет, над которыми они имеют родительский контроль



**ПОДПИСЬ** – Совершеннолетнее лицо в вашем доме

Дата подписания

Имя и фамилия (печатными буквами)

## Заявление о недискриминации

В соответствии с федеральным законом и положениями и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещены дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните Форму жалобы о дискриминации в программе USDA (AD-3027), которая доступна в интернете по адресу <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону **(866) 632-9992**. Отправьте заполненную форму или письмо в

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.