

SOLICITUD DE REEMPLAZO DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA FOODSHARE ROBADOS (REPLACEMENT REQUEST FOR STOLEN FOODSHARE BENEFITS)

Objetivo: Los miembros de FoodShare deben utilizar este formulario para solicitar el reemplazo de los beneficios del programa FoodShare comprometidos por fraude.

Instrucciones: Usted recibe este formulario porque ha denunciado o confirmado que sus beneficios de FoodShare han sido comprometidos. Este formulario se utiliza para determinar si tiene derecho al reemplazo de los beneficios de FoodShare. El formulario completo debe enviarse a la Office of Inspector General (Oficina del Inspector General, OIG por sus siglas en inglés) del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS por sus siglas en inglés) en un plazo de 10 días naturales utilizando una de las opciones que se indican a continuación:

En línea

Escanee todas las páginas del formulario y envíelo por correo electrónico a la OIG a la siguiente dirección DHSOIGFSReplace@dhs.wisconsin.gov.

Fax

Envíe por fax todas las páginas del formulario a 608-267-3380

Correo

Envíe el formulario por correo a:
1 W. Wilson Street
P.O. Box 309
Madison, WI 53701

En persona

Lleve el formulario y las pruebas a su agencia local, desde donde le ayudarán a enviar la información a la OIG. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del DHS en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency.

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, póngase en contacto con su agencia local o con la OIG llamando al 608-266-2521 o escribiendo un correo a DHSOIGFSReplace@dhs.wisconsin.gov.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MIEMBRO

Nombre del miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de caso	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

DETALLES SOBRE LOS BENEFICIOS COMPROMETIDOS

¿En qué fecha se enteró de que sus beneficios fueron comprometidos? Puede tratarse de la fecha en que intentó comprar alimentos y sus beneficios no estaban disponibles, o de la fecha en que su agencia local o la OIG se pusieron en contacto con usted.

¿En qué fechas se comprometieron sus beneficios?

Por favor, proporcione una lista de todas las fechas en las que se realizaron transacciones con sus beneficios sin su conocimiento y consentimiento, indicando el importe de cada transacción y, si se conoce, el lugar donde se realizó el gasto (Formato DD/MM/AAAA, \$Importe).

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

¿Cuál es el importe total de sus beneficios comprometidos? Este es el total de todas las transacciones mencionadas anteriormente.

\$

¿Ha perdido o le han robado la tarjeta? (Sí o No)

Utilice el espacio en blanco que aparece a continuación para explicar cómo y cuándo se robaron los beneficios. Comparta información sobre dónde se encontraba cuando se produjo el incidente. Por favor, utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

Información sobre el programa de reemplazo de beneficios

Wisconsin FoodShare reemplazará los beneficios para todos los miembros elegibles que hayan tenido sus beneficios comprometidos debido a actividades fraudulentas como el skimming, phishing y robo, y que hayan presentado pruebas adecuadas del compromiso. El importe de reemplazo es el menor entre el importe total de beneficios robados o el importe equivalente a dos meses de la asignación mensual calculada para el hogar en la fecha inmediatamente anterior a la fecha en que ocurrió el robo. Cada hogar tiene derecho al reemplazo de los beneficios hasta dos veces por Federal Fiscal Year (Año Fiscal Federal).

Si se aprueba su solicitud, recibirá una carta de la OIG en la que se verificará el fraude, el importe en dólares de los beneficios que se van a reemplazar y cuándo estarán disponibles los beneficios adicionales de FoodShare para usted. Si su solicitud es denegada, la OIG le enviará una carta explicándole el motivo de la denegación, sus derechos y cómo presentar un recurso.

NOTA: Sus beneficios actuales de FoodShare no cambiarán si su solicitud de reemplazo es denegada.

Fraude de FoodShare/Intentional Program Violation (Violación Intencional del Programa, IPV por sus siglas en inglés)

Si se descubre que ha participado en el fraude, que ha facilitado intencionadamente información falsa o que ha ocultado intencionadamente información en este formulario, es posible que se le denieguen los beneficios, que se le exija el reembolso de los beneficios y/o que sea objeto de un proceso penal por facilitar información falsa a sabiendas. Si una IPV de FoodShare se presenta en contra de su hogar, la información de su caso, incluidos todos los números de Social Security (Seguro Social), puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de reclamaciones y cobro, para llevar a cabo acciones de cobro de reclamaciones.

Cualquier fraude o Violación Intencional del Programa (IPV) puede resultar en su descalificación de FoodShare. Esto significa que usted no podrá recibir beneficios de FoodShare:

- Durante un año a partir de la primera infracción.
- Durante dos años a partir de la segunda infracción.
- Permanentemente por la tercera infracción.

NOTA: Esta lista no incluye todos los posibles períodos de penalización por IPV.

En función del valor de los beneficios utilizados intencionalmente de forma indebida, usted también podría ser:

- Sancionado con una multa de hasta \$250,000 y/o con una pena de prisión de hasta 20 años.
- Descalificado del programa de FoodShare durante 18 meses adicionales bajo la autoridad judicial.
- Eliminado permanentemente si usted es condenado por tráfico de beneficios de \$500 o más.
- Privado de recibir beneficios durante 10 años si se determina que usted ha realizado intencionalmente una declaración falsa sobre su identidad y lugar de residencia con el fin de recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Comprendo las preguntas y afirmaciones que figuran en este formulario de solicitud. Entiendo las sanciones por dar información falsa o infringir las normas. Certifico, bajo pena de perjurio y falso testimonio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto aportar pruebas de las respuestas que he facilitado. Entiendo que la OIG puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA DEL MIEMBRO

Fecha de la firma

NO ENVÍE SOLICITUDES POR ESTE MEDIO

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:

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