

إخطار برفض صرف المخصصات / حدوث تغيير سلبي بشأن المخصصات
NOTICE OF DENIAL OF BENEFITS / NEGATIVE CHANGE IN BENEFITS

الاسم - مقدم الطلب/ العضو	تاريخ الإخطار	رقم الملف
---------------------------	---------------	-----------

تقدم ولاية ويسكونسن الخدمات بالتساوي للجميع. تحتوي هذه الرسالة على معلومات بشأن مخصصاتك. إن كنت تحتاج للحصول على هذه الرسالة بصيغة مختلفة بسبب إعاقة لديك أو إن كنت تحتاج لترجمة الرسالة أو شرحها بلغتك، يرجى الاتصال بـ _____ فيما يتعلق بـ FoodShare أو الرعاية الصحية أو رعاية الطفل أو Caretaker Supplement. يرجى الاتصال بالرقم _____ أو 711 (للصم والبكم) فيما يتعلق بـ W-2. هذه الخدمات متوفرة مجاناً.



للمزيد من المعلومات، اطلع على قسم التعليقات الإضافية/ شرح الإجراءات.

معونة رعاية الأطفال

- ☐ طلبك بالحصول على معونة رعاية الأطفال مرفوض.
- ☐ سيتم إيقاف معونة رعاية الأطفال التي تتلقاها اعتباراً من _____.
- ☐ تم إلغاء طلبك بالحصول على معونة رعاية الأطفال لأنك سحبت الطلب.
- ☐ لم نتخذ قراراً بشأن طلبك بالحصول على معونة رعاية الأطفال بسبب _____.

FoodShare Wisconsin

- ☐ طلبك بالحصول على مخصصات FoodShare مرفوض.
- ☐ طلبك بالحصول على مخصصات بديلة عن FoodShare مرفوض. للمزيد من المعلومات، اطلع على قسم التعليقات الإضافية/ شرح الإجراءات.
- ☐ سيتم تخفيض مخصصاتك الشهرية من FoodShare من _____ دولار إلى _____ دولار اعتباراً من _____.
- ☐ سيتم إيقاف مخصصات FoodShare التي تتلقاها اعتباراً من _____.
- ☐ لن يتلقى أي مخصصات من FoodShare اعتباراً من _____.
- ☐ تم إلغاء طلبك بالحصول على مخصصات FoodShare لأنك سحبت الطلب.
- ☐ لم نتخذ قراراً بشأن طلبك بالحصول على مخصصات FoodShare بسبب _____.

Medicaid / BadgerCare Plus

- ☐ تم رفض طلبك بالحصول على تأمين Medicaid و/أو BadgerCare Plus خلال أشهر _____ بسبب _____.
- ☐ سيتم إيقاف مخصصات Medicaid/BadgerCare Plus التي تتلقاها اعتباراً من _____ بسبب _____.
- ☐ تم رفض طلبك بالحصول على Medicaid/BadgerCare Plus لأن دخلك يتجاوز الحد الأقصى القانوني بمبلغ _____ دولار شهرياً. قد تتمكن من التسجيل في البرنامج إذا بلغت تكلفة فواتيرك الطبية ستة أضعاف هذا المبلغ (_____ دولار). اتصل بالعامل المسؤول عن ملفك للحصول على المزيد من التفاصيل.
- ☐ زادت قيمة القسط الشهري لـ Medicaid/BadgerCare Plus أو مسؤولية المريض أو التكلفة المشتركة وأصبحت _____ دولار شهرياً اعتباراً من _____ بسبب _____.
- ☐ تم إلغاء طلبك بالحصول على مخصصات Medicaid/BadgerCare Plus لأنك سحبت الطلب.
- ☐ تم رفض Undue Hardship Waiver Request (طلب إعفاء بسبب المشقة). للمزيد من المعلومات، اطلع على قسم التعليقات الإضافية/ شرح الإجراءات.

☐ لم نتخذ قرارًا بعد بشأن طلب Medicaid/BadgerCare Plus الخاص بك بسبب ____.

Wisconsin Works (W-2)

☐ تم رفض طلبك بالحصول على W-2، ☐ أو Job Access Loan (JAL) (قرض للحصول على وظيفة)، أو ☐ Emergency Assistance (EA) (المعونة الطارئة) - اختر برنامجًا واحدًا فقط.

☐ سيتم إيقاف صرف مخصصات W-2 التي تتلقاها اعتبارًا من ____ بسبب ____.

☐ سيتم تخفيض مخصصاتك الشهرية من W-2 من ____ دولار إلى ____ دولار اعتبارًا من ____.

☐ تم إلغاء طلبك بالحصول على مخصصات W-2 لأنك سحبت الطلب.

☐ لم نتخذ قرارًا بشأن طلب W-2 الخاص بك بسبب ____.

أمور أخرى

☐ طلبك بالحصول على/إعادة النظر في (البرنامج) مرفوض اعتبارًا من ____.

☐ طلبك بالحصول على/إعادة النظر في (البرنامج) مرفوض اعتبارًا من ____.

تعليقات إضافية/ شرح الإجراءات

تعليمات للعاملين: أدرج قيمة الدخل والمصاريف التي تم استخدامها لتحديد الأهلية. أدرج القانون المنطبق في حالات Medicaid و BadgerCare Plus.

إن لم تتفق مع القرار المتخذ بشأن معونة رعاية الأطفال أو FoodShare أو Medicaid أو BadgerCare Plus، يمكنك طلب جلسة انتصاف. يرجى الاطلاع على الصفحات التالية للمزيد من المعلومات عن جلسات الانتصاف.

إن لم تتفق مع القرار المتخذ بشأن W-2 يمكنك طلب إعادة نظر للتحقق. يجب أن تطلب إعادة النظر خلال 45 يومًا من تاريخ الإخطار أو خلال 45 يومًا من تاريخ نفاذ القرار المعلن عنه في هذا الإخطار، أيهما كان لاحقًا.

للسؤال يرجى الاتصال بـ :

Agency Contact Info

DISTRIBUTION: Member/Applicant – Original; Case File – Copy

حقوقك ومسؤولياتك في FoodShare و Medicaid و BadgerCare Plus

لديك الحق بالحصول على إخطار كتابي من هذه الوكالة قبل اتخاذ أي إجراء لإيقاف أو تخفيض مخصصاتك للرعاية الصحية (Medicaid)، BadgerCare Plus (Family Planning Only Services) أو مخصصات FoodShare. ستتلقى رسالة قبل 10 أيام على الأقل من اتخاذ الإجراء في أغلب الحالات.

بإمكانك طلب جلسة انتصاف بشأن مخصصات الرعاية الصحية أو FoodShare إن لم تتفق مع أي إجراء تتخذه الوكالة. بإمكانك طلب جلسة انتصاف كتابيًا أو شخصيًا من الوكالة المدرجة في مقدمة هذا الإخطار. بالنسبة لـ FoodShare، يمكن لوكالتك أن تتلقى طلبك شفهيًا. بإمكانك طلب جلسة انتصاف بإرسال رسالة إلى Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 أو بالاتصال على الرقم 1-608-266-3096. بحسب قانون Wis. Admin. Code § HA 3.03 يجب أن يتم استلام طلبك في حال عدم موافقتك على قيمة مخصصاتك (1) خلال 45 يومًا من تاريخ نفاذ الإجراء المتعلق بالرعاية الصحية و (2) خلال 90 يومًا من تاريخ نفاذ الإجراء المتعلق بـ FoodShare، أو في أي وقت تحصل خلاله على مخصصات FoodShare.

في معظم الحالات، إذا تم استلام طلب Fair Hearing (جلسة انتصاف) لدى Division of Hearings and Appeals قبل تاريخ نفاذ الإجراء، لن يتم إيقاف ولا تخفيض مخصصاتك للرعاية الصحية و/أو FoodShare. وستستمر بالحصول على مخصصاتك على الأقل إلى حين التوصل إلى قرار بشأن طلبك بالطعن. إذا حدث أي تغيير غير متصل خلال هذه الفترة، قد تتغير مخصصاتك للرعاية الصحية أو FoodShare. وستتلقى رسالة جديدة في حال حدوث تغيير آخر. إن لم تكن راضيًا عن قرار جلسة الانتصاف، يمكنك الطعن وطلب جلسة ثانية. إذا قضى قرار جلسة الانتصاف بإيقاف أو تخفيض مخصصاتك، قد يتوجب عليك سداد أي مخصصات كنت قد تلقيتها خلال فترة انتظار نتيجة الطعن. كما يمكنك أن تطلب عدم الاستمرار في تلقي المخصصات.

بإمكانك اختيار تمثيل نفسك أو أن ينوب عنك محامي أو صديق أو أي شخص تختاره في الجلسة أو الاجتماع. لا يمكننا دفع نفقات محاميك، ولكن قد يمكنك الحصول على الخدمات القانونية بالمجان إن كنت مؤهلًا.

إن تغيبت أنت أو ممثلك عن الجلسة بلا سبب قاهر، سيتم اعتبارك متخليًا عن الطعن وسيتم صرف النظر عنه.

إن كنت تتلقى مخصصات الرعاية الصحية يجب عليك أن تتعاون مع Child Support Agency (وكالة دعم الطفل) إلا إذا كان لديك سبب قاهر يمنحك عن ذلك. يمكن للعامل المسؤول عن ملفك توفير المزيد من المعلومات حول التعاون مع وكالة دعم الطفل. حتى إن لم تستطع التسجيل في الرعاية الصحية، فالمساعدة متوفرة للحصول على دفعات دعم الطفل أو لزيادتها. اتصل بـ Child Support Agency التي تتبع لها للحصول على المزيد من المعلومات.

فحص الكمبيوتر: إن كنت تعمل، سيتم مطابقة الأجور التي تصرح بتلقيها مع الأجور التي يصرح بها رب عملك لـ Department of Workforce Development. قد يتم التواصل أيضًا مع كل من Internal Revenue Service و Social Security Administration و Unemployment Insurance Division و Department of Transportation للتحقق من دخلك وأي أصول قد تملكها.

إن كنت مسجلًا في برنامج للرعاية الصحية، قد يُطلب منك إبراز بطاقة ForwardHealth الخاصة بك في كل مرة تزور فيها مقدمي خدمات Medicaid أو BadgerCare Plus. قد يتوجب عليك دفع مبلغ مشترك لمقدم الخدمة مقابل بعض الخدمات. يعتمد المبلغ على نوع الخدمة وتكلفتها. على مقدم الخدمة أن يخبرك في حال وجوب دفعك للمبلغ المشترك أو إن كانت خطتك للرعاية الصحية لا تغطي تكلفة خدمة ما. إن كان لديك أسئلة حول خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-362-3002.

إن كنت تتلقى المخصصات أو الخدمات، يجب عليك الالتزام بهذه القواعد:

- لا تقدم معلومات خاطئة ولا تُخف أي معلومات بهدف الحصول على المخصصات أو الاستمرار في الحصول عليها.
- لا تقم بالاتجار أو بيع مخصصات FoodShare (بطاقة Quest) أو بطاقات ForwardHealth.
- لا تُدخل أي تعديل على البطاقات بهدف الحصول على مخصصات لا تحقق لك.
- لا تستخدم مخصصات FoodShare لشراء مواد غير مرخصة كالكحول أو التبغ.
- لا تستخدم بطاقات Quest أو ForwardHealth الخاصة بالآخرين.

تحذير عقوبات FoodShare

إذا قام أي فرد من أفراد أسرته بمخالفة أي من القواعد التالية عمدًا، فقد يتم منعه عن برنامج FoodShare لمدة 12 شهرًا بعد أول مخالفة، و 24 شهرًا بعد ثاني مخالفة أو بعد أول مخالفة تتعلق بمادة خاضعة للمراقبة، ومدى الحياة بعد ثالث مخالفة.

- تقديم معلومات خاطئة أو إخفاء أي معلومات بهدف الحصول على المخصصات أو الاستمرار في الحصول عليها،
- الاتجار بمخصصات FoodShare أو بيعها،

- استخدام مخصصات FoodShare لشراء مواد غير غذائية كالكحول أو التبغ،
- استخدام مخصصات FoodShare أو بطاقات الهوية أو أي وثائق أخرى تابعة لشخص آخر.

كذلك يمكن أن يتم تغريمك بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو حبسك لمدة تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما، بناءً على قيمة المخصصات المُساء استخدامها. يمكن للمحكمة كذلك أن تمنعك عن الالتحاق ببرنامج FoodShare Wisconsin لمدة 18 شهرًا إضافيًا. سيتم استبعادك من البرنامج نهائيًا إذا ثبتت إدانتك بتهمة الاتجار بمخصصات FoodShare بقيمة 500 دولار أمريكي أو أكثر. لن تتمكن من المشاركة في برنامج FoodShare Wisconsin لمدة 10 سنوات إن اتضح أنك قد قدمت بيانًا أو وثيقة مزورة فيما يتعلق بهويتك ومكان إقامتك بهدف الحصول على عدة مخصصات في الوقت ذاته. ليس للمجرمين الهاربين ولا لمنتهمي إطلاق السراح المشروط أن يشاركوا في برنامج FoodShare Wisconsin. قد تكون معرضًا لمزيد من الملاحقة القضائية بموجب قوانين فيدرالية أخرى منطبقة.

إن قمت بالاتجار (بيع أو شراء) بمخصصات FoodShare مقابل مواد خاضعة للرقابة/مخدرات ممنوعة، ستمنع عن المشاركة في برنامج FoodShare لمدة عامين بعد أول مرة ومدى الحياة بعد ثاني مرة. إن قمت بالاتجار (بيع أو شراء) بالأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات، ستمنع من المشاركة في برنامج FoodShare Wisconsin مدى الحياة.

بيان وزارة الزراعة الأمريكية المشترك بعدم التمييز

يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو النوع أو الدين وفي بعض الحالات على أساس المعتقدات الدينية أو السياسية.

كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الثأر أو الانتقام عن نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفذه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية.

يتعين على الأشخاص ذوي الإعاقة الذي يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة بريل أو حروف كبيرة أو شريط صوتي أو لغة الإشارة الأمريكية، الخ) الاتصال بالوكالة (بالولاية أو المحلية) حيث تم تقديم طلب للحصول على المخصصات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو من صعوبات في التحدث الاتصال بوزارة الزراعة من خلال خدمة التتابع الاتحادية لتوصيل المكالمات على الرقم 877-8339 (800). يمكن أيضًا توفير معلومات عن البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى ضد التمييز بشأن البرنامج، إملأ [استمارة شكوى تمييز بشأن برنامج وزارة الزراعة \(AD-3027\)](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) من على الرابط التالي: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> وفي أي من مكاتب الوزارة، أو اكتب خطاباً إلى وزارة الزراعة يحتوي على كافة المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب نسخة من استمارة الشكوى اتصل بالرقم (866) 9992-632. قدم استمارتك المستوفاة أو خطابك إلى الوزارة عن طريق:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

لأي معلومات أخرى عن التعامل مع مسائل برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، على الأفراد الاتصال أما بالخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 221-5689 (800) وهو باللغة الإسبانية أيضاً، أو الاتصال بـ [بيانات/ أرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية](#) (انقر على الرابط للحصول على أرقام الخطوط الساخنة المسجلة حسب الولاية) والمتوفرة على الموقع الإلكتروني: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

لتقديم شكوى ضد التمييز بشأن برنامج يتلقى مساعدة مالية اتحادية من خلال وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية راسل: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 على الرقم 619-0403 (202) (صوت) أو 537-7697 (800) (الهاتف النصي TTY).

تتقيد هذه المؤسسة بتكافؤ الفرص في التوظيف والخدمات.