

拒绝福利/福利减少通知
NOTICE OF DENIAL OF BENEFITS / NEGATIVE CHANGE IN BENEFITS

姓名 - 申请人/会员	通知日期	案宗号码
-------------	------	------



威斯康星州是平等机会服务提供者。此信包含影响您福利的信息。如果您因为残障而需要本材料的不同格式，或者如果您需要这封信翻译成您的语言，或用您的语言加以解释，请致电 ，获取有关 FoodShare, 医疗保健, 托儿或者 Caretaker Supplement 的材料。如需 W-2 材料，请致电 或 711 (TTY)。这些服务是免费的。

请参阅“附加说明/行动解释”部分，以了解更多详情。

托儿补贴

- 您的托儿补贴申请已被拒绝。
- 您的托儿补贴将被终止，生效日期为 。
- 您的托儿补贴申请已被取消，因为您已撤销申请。
- 我们尚未对您的托儿补贴申请做出决定，原因是 。

FoodShare Wisconsin

- 您的 FoodShare 福利申请已被拒绝。
- 您的替换 FoodShare 福利请求已被拒绝。请参阅“附加说明/行动解释”部分，了解更多详情。
- 您的每月 FoodShare 福利将从\$ 减至\$ ，生效日期为 。
- 您的 FoodShare 福利将被终止，生效日期为 。
- 将不再收到 FoodShare 福利，生效日期为 。
- 您的 FoodShare 福利申请已被取消，因为您已撤销申请。
- 我们尚未对您的 FoodShare 申请做出决定，原因是 。

Medicaid / BadgerCare Plus

- 您申请的 月份的 Medicaid 和/或 BadgerCare Plus 已被拒绝，原因是 。
- 您的 Medicaid/BadgerCare Plus 福利将被终止，生效日期为 ，原因是 。
- 您的 Medicaid/BadgerCare Plus 申请已被拒绝，原因是您的收入超过了每月\$ 的法定最高数额。如果您的医疗账单是此数额(\$)的 6 倍，您可以加入。请联系您的工作人员了解详情。
- 您的 Medicaid/BadgerCare Plus 保费、患者负担或成本分摊已增加到\$ ，生效日期为 ，原因是 。
- 您的 Medicaid/BadgerCare Plus 福利申请已被取消，因为您已撤销申请。
- 您的 Undue Hardship Waiver Request (极大困难豁免申请)被拒绝。请参阅“附加说明/行动解释”部分，了解更多详情。
- 我们尚未对您的 Medicaid/BadgerCare Plus 申请做出决定，原因是 。

Wisconsin Works (W-2)

- 您的 W-2, Job Access Loan(JAL) (协助就业贷款), 或者 Emergency Assistance(EA) (紧急援助)已被拒绝 — 请仅选择一项计划。
- 您的 W-2 福利将被终止, 生效日期为 _____, 原因是 _____。
- 您每月的 W-2 福利将从\$ _____ 减至\$ _____, 生效日期为 _____。
- 您的 W-2 福利申请已被取消, 因为您已撤销申请。
- 我们尚未对您的 W-2 申请做出决定, 原因是 _____。

其他

- 您的 _____ (program)申请/复审已被拒绝, 生效日期为 _____。
- 您的 _____ (program)申请/复审已被拒绝, 生效日期为 _____。

附加说明/行动解释

给工作人员的说明: 包括在资格确定过程中所使用的收入和支出。对于 Medicaid 和 BadgerCare Plus 个案, 请为此行动提供适当的法律引用。

如果您不同意对您的托儿补贴、FoodShare、Medicaid、或者 BadgerCare Plus 做出的决定, 您可以要求公平听证。有关公平听证的信息, 请参阅以下几页。

如果您不同意一项 W-2 决定, 您可以要求一次事实调查复审。您必须在通知日期或本通知宣布的决定生效日期 (以较晚者为准) 的 45 天内, 要求复审。

如果您有任何疑问, 请联系:

Agency Contact Info

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

您的 FoodShare, Medicaid 和 BadgerCare Plus 权利与责任

您有权从机构收到书面通知, 若机构将要采取任何行动停止或减少您的医疗保健 (Medicaid、BadgerCare Plus、Family Planning Only Services) 或 FoodShare 福利。对大多数行动而言, 您都将在行动采取前至少 10 天收到通知信件。

您可以要求一次有关医疗保健或 FoodShare 福利的公平听证会, 若您不同意机构的任何行动。您可以向列在本通知正面的机构书面或亲自提出公平听证的要求。就 FoodShare 而言, 您的机构可以接收您的口头请求。您还可以写信给: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875, 提出公平听证要求, 或致电 1-608-266-3096 提出公平听证要求。根据威斯康星州行政管理法 Wis. Admin.Code § HA 3.03 条, 如果您不同意您的福利金额, 您的要求必须在(1)医疗保健行动生效日期的 45 天内, 和(2)机构的 FoodShare 生效日期的 90 天内或在您领取 FoodShare 福利的任何时间被收到。

在大多数情况下, 如果 Division of Hearings and Appeals 在行动生效日期之前收到您的公平听证请求, 您的 FoodShare 福利不会被停止或减少。您的福利将会被继续发放, 至少直到对您的上诉作出决定。在此期间, 如果发生其他不相关的变化, 您的医疗保健或 FoodShare 福利可能会改变。如果发生其他变化, 您将收到另外一封信。如果您对公平听证会的决定不满意, 您可以上诉并要求举行第二次公平听证会。如果公平听证会决定停止或减少您的福利, 您可能必须偿还您在上诉待决期间获得的任何福利。您可以要求不再继续获得福利。

您可以在听证会或会议上代表您自己, 或者由一位律师、朋友或您选择的任何人代表您。我们不能为您支付您请律师的费用。但是, 如果您符合条件, 您可能会获得免费法律服务。

如果您, 或您的代表没有正当理由而未能出席听证会, 您的上诉将被视为已放弃, 并将被驳回。

如果您正在接受医疗保健福利, 您必须与 Child Support Agency (儿女抚养局) 合作, 如有正当理由则除外。您的工作人员可提供更多有关子女抚养合作的信息。即使您未能加入医疗保健, 您亦可获得帮助以获取或增加您的子女抚养费。请联系您的县 Child Support Agency (子女抚养局), 获取更多信息。

计算机核查: 如果您有工作, 您所报告的工资将通过计算机与您的雇主向 Department of Workforce Development 报告的工资来对照核查。或许还会联系 Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division 及 Department of Transportation, 来了解您可能拥有的收入和资产。

如果您加入了一项医疗保健计划, 当您每次前往 BadgerCare Plus 或 Medicaid 提供者处就医时, 您可能被要求出示您的 ForwardHealth 卡。就若干服务而言, 您可能需向提供者支付一笔共付医疗费。该金额将取决于服务类型和服务费用的成本。如果需要支付共付医疗费或服务不获您的医疗保健计划承保, 您的提供者应告知您。如果您对您的医疗保健计划有任何疑问, 请致电会员服务部 1-800-362-3002。

如果您接受福利或服务, 您必须遵守以下规则:

- 不得提供虚假信息或隐藏信息以获取或继续获得福利。
- 不得交易或出售 FOODSHARE 福利 (QUEST 卡) 或 ForwardHealth 卡。
- 不得更改卡片以获得您无权接受的福利。
- 不得使用 FoodShare 福利购买不符合条件的物品, 如酒精或烟草。
- 不得使用他人的 QUEST 卡或 ForwardHealth 卡。

FOODSHARE 处罚警告

您的任何家庭成员如果故意违反以下任何规则, 在第一次违规后的 12 个月内, 第二次违规或者第一次涉及管制药物的违规后的 24 个月内, 会被禁止参加 FoodShare 计划; 在第三次违规后则会被永远禁止参加 FoodShare 计划。

- 提供虚假信息或隐藏信息以获取或继续获取 FoodShare 福利,
- 交易或出售 FoodShare 福利,
- 使用 FoodShare 福利购买非食品物品, 如酒精或烟草,
- 使用他人的 FoodShare 福利、身份证或其他文件。

根据被滥用的福利的价值, 您可能被处以最多 25 万美元的罚款, 最长 20 年的监禁, 或两种处罚同时执行。法院还可以再另外禁止您参加威斯康星州 FoodShare 计划 18 个月。如果您被判犯有贩卖 500 美元或以上 FoodShare 福利

的罪行, 您将永远没有资格获取福利。如果发现您对身份和居住地点做出虚假陈述或声明, 以便同时获得多种福利, 您将在 10 年内无法参加威斯康星州 FoodShare 计划。在逃重罪犯和缓刑/假释违规者不能参加威斯康星州 FoodShare 计划。您还可能受到依据其他适用的联邦法律的进一步起诉。

如果您交易 (购买或销售) FoodShare 福利, 以便获取一种管制药物/非法毒品, 您将被禁止参加 FoodShare 计划, 第一次发现后禁止期为两年, 第二次发现后将被永久禁止。如果您交易 (购买或出售) 枪支、弹药或爆炸物, 您将被永久禁止参加威斯康星州 FoodShare 计划。

USDA 联合不歧视声明

禁止该机构基于种族、肤色、祖籍国、残疾、年龄、性别以及 (在某些情况下) 宗教或政治信仰进行歧视。

U.S. Department of Agriculture 亦禁止基于种族、肤色、祖籍国、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰的歧视, 或对 USDA 开展或资助的任何计划或活动中的先前公民权利活动实施报复。

因患有残疾而需要替代交流方式 (例如盲文、大号字体、录音带、美国手语等) 以获取计划信息的人士, 应联系其申请福利的机构 (州或当地)。患有耳聋、听力障碍或语言障碍的个人可通过致电 Federal Relay Service (联邦中继服务) (800) 877-8339, 与 USDA 联系。此外, 计划信息可以用英语之外的语言提供。

如欲就计划提交歧视投诉, 应填写 [USDA 计划歧视投诉表](#), (AD-3027), 可在以下网站获取:

www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer, 亦可在任何 USDA 办事处获取; 或写信给 USDA, 并在信函

内提供投诉表要求的所有信息。索取投诉表格, 请致电 (866) 632-9992。完成后的表格或信函可通过以下方式提交予 USDA:

- (1) 邮寄: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 传真: (202) 690-7442; 或
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

如需有关 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 相关事宜的任何其他信息, 应致电热线电话 (800) 221-5689 (亦提供西班牙语接听服务) 联系 USDA SNAP, 或致电 [州信息 / 热线电话](#) (点击链接获取各州热线电话列表); 可在以下网站获得: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

如欲就一项通过 U.S. Department of Health and Human Services (HHS) 获得联邦财政资助的计划提交歧视投诉, 可致信: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 或致电 (202) 619-0403 (语音) 或 (800) 537-7697 (TTY)。

本机构是一个平等机会雇主和服务提供者。

RE: Federal Regulations	7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435
Wisconsin Statutes	49.22, 49.45, 49.49, 49.95