

ແຈ້ງການປະຕິເສດການຂໍຮັບສະຫວັດດີການ / ການປ່ຽນແປງໃນທາງບໍ່ດີກັບສະຫວັດດີການ
NOTICE OF DENIAL OF BENEFITS / NEGATIVE CHANGE IN BENEFITS

ຊື່ – ຜູ້ສະຫມັກ / ສະມາຊິກ

ວັນທີແຈ້ງການ

ຫມາຍເລກເຄສ



ລັດວິສຄັງນຊື່ນແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດຢ່າງເທົ່າທຽມກັນ
ຫນັງສືນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ມີຜົນຕໍ່ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເອກະສານນີ້ໃນຮູບແບບອື່ນເນື່ອງຈາກຄວາມພິການຫຼືຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃ
ຫ້ແບບຈົດຫມາຍຫຼືອະທິບາຍເປັນພາສາຂອງທ່ານກະລຸນາໂທຫາ ສໍາລັບ FoodShare,
ການດູແລສຸຂະພາບ, ການດູແລເດັກ ຫຼື Caretaker Supplement
(ການຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ໃຫ້ຜູ້ດູແລ). ໂທ ຫຼື 711 (ສໍາລັບຜູ້ມີບັນຫາການໄດ້ຍິນ) ສໍາລັບ
W-2. ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟື້

ເບິ່ງພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ/ຄໍາອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມຂອງການດໍາເນີນການເພື່ອລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງດູລູກ

- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງດູລູກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ
- ☐ ການຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງດູລູກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງດູລູກຂອງທ່ານຖືກຍົກເລີກເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຖອນໃບສະຫມັກ.
- ☐ ພວກເຮົາຍັງບໍ່ໄດ້ທັນຕັດສິນໃບສະຫມັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງດູລູກຂອງທ່ານເພາະວ່າ .

FoodShare Wisconsin

- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ FoodShare ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.
- ☐ ຄໍາຮ້ອງຂໍຮັບສະຫວັດດີການ FoodShare ທົດແທນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.
ເບິ່ງພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນເພີ່ມເຕີມ/ຄໍາອະທິບາຍການດໍາເນີນການສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
- ☐ ສະຫວັດດີການ FoodShare ລາຍເດືອນຂອງທ່ານຈະຫຼຸດລົງຈາກ \$ ເປັນ \$ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ສະຫວັດດີການ FoodShare ຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ FoodShare ອີກຕໍ່ໄປ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ FoodShare ຂອງທ່ານຖືກຍົກເລີກເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຖອນໃບສະຫມັກ.
- ☐ ພວກເຮົາຍັງບໍ່ໄດ້ທັນຕັດສິນໃບສະຫມັກຂໍຮັບ FoodShare ຂອງທ່ານເພາະວ່າ .

Medicaid / BadgerCare Plus

- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ Medicaid ແລະ/ຫຼື BadgerCare Plus ຂອງທ່ານ ສໍາລັບເດືອນ ຖືກປະຕິເສດເພາະວ່າ .
- ☐ ສະຫວັດດີການ Medicaid/BadgerCare Plus ຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ ເພາະວ່າ .
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ Medicaid/BadgerCare Plus
ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດເພາະວ່າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງກວ່າລາຍໄດ້ສູງສຸດທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ມີໄດ້ ເຊິ່ງລາຍໄດ້ເກີນຈໍານວນເງິນ
\$ ຕໍ່ເດືອນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນເອີນເກັບເງິນທາງການແພດ 6 ເທົ່າຂອງຈໍານວນນີ້ (\$)
ທ່ານອາດຈະສາມາດລົງທະບຽນໄດ້. ຕິດຕໍ່ພະນັກງານດູແລເຄສຂອງທ່ານເພື່ອຂໍລາຍລະອຽດ.

- ☐ ຄ່າປະກັນ Medicaid/BadgerCare Plus , ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຜູ້ປ່ວຍ, ຫຼືສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນໄປຫາ \$ ຕໍ່ເດືອນມີຜົນຕັ້ງແຕ່ ເພາະວ່າ .
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ Medicaid/BadgerCare Plus ຂອງທ່ານຖືກຍົກເລີກເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຖອນໃບສະຫມັກ.
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຍົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກມີຄວາມລຳບາກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.
ເບິ່ງພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ/ຄໍາອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມຂອງປະຕິບັດສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
- ☐ ພວກເຮົາຍັງບໍ່ໄດ້ທັນຕັດສິນໃບສະຫມັກຂໍຮັບ Medicaid/BadgerCare Plus ຂອງທ່ານເພາະວ່າ .

Wisconsin Works (W-2)

- ☐ ໃບສະຫມັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດສໍາລັບ ☐ W-2, ☐ Job Access Loan (ເງິນກູ້ຢືມໃຫ້ເຂົ້າເຖິງວຽກ) (JAL), ຫຼື ☐ Emergency Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນ) (EA) — ກາຫມາຍພຽງຫນຶ່ງໂຄງການເທົ່ານັ້ນ.
- ☐ ສະຫວັດດີການ W-2 ຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງມີຜົນຕັ້ງແຕ່ ເພາະວ່າ .
- ☐ ເງິນ W-2 ຂອງທ່ານຈະຫຼຸດລົງຈາກ \$ ບັນ \$ ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ໃບສະຫມັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການ W-2 ຂອງທ່ານຖືກຍົກເລີກເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຖອນໃບສະຫມັກ.
- ☐ ພວກເຮົາຍັງບໍ່ໄດ້ທັນຕັດສິນໃບສະຫມັກຂໍຮັບ W-2 ຂອງທ່ານເພາະວ່າ .

ຢ່າງອື່ນ

- ☐ ໃບສະຫມັກ/ການທົບທວນສໍາລັບ (ໂຄງການ) ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .
- ☐ ໃບສະຫມັກ/ການທົບທວນສໍາລັບ (ໂຄງການ) ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດມີຜົນຕັ້ງແຕ່ .

ຄວາມຄິດເຫັນ/ຄໍາອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມຂອງຄໍາສັ່ງ

ຄໍາແນະນຳໃຫ້ກັບພະນັກງານ: ໃຫ້ລວມລາຍໄດ້ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໃຊ້ໃນການກຳນົດເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບ. ສໍາລັບກໍລະນີ Medicaid ແລະ BadgerCare Plus, ໃຫ້ລວມເອົາການອ້າງອີງດ້ານກົດຫມາຍທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບຄໍາສັ່ງນີ້.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນເລືອງການຊ່ວຍເຫຼືອລ້ຽງດູລູກ, FoodShare, Medicaid, ຫຼື BadgerCare Plus ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທຳ. ກະລຸນາເບິ່ງຫນ້າຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທຳ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນ W-2, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບທົບທວນຄືນຫາຄວາມຈິງ. ທ່ານຕ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນພາຍໃນ 45 ວັນນັບຈາກວັນທີລະບຸໃນແຈ້ງການຫຼືພາຍໃນ 45 ວັນນັບຈາກວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງຄໍາຕັດສິນທີ່ໄດ້ແຈ້ງການນີ້, ອັນໃດກໍ່ຕາມທີ່ເກີດຫຼັງກ່ວາ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່:

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

ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານສໍາລັບ FOODSHARE, MEDICAID, ແລະ BADGERCARE PLUS

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຈາກຫນ່ວຍງານນີ້ກ່ອນທີ່ຈະມີການດໍາເນີນການໃດໆ ເພື່ອຢຸດຫຼືຫຼຸດການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) ຫຼືສະຫວັດດີການ FoodShare. ໃນການດໍາເນີນການສ່ວນຫຼາຍແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດຫມາຍຢ່າງນ້ອຍ 10 ມື້ກ່ອນຈະມີການດໍາເນີນການໃດໆ.

ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ ການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື FoodShare ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກະທໍາໃດໆ ຂອງຫນ່ວຍງານ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາ ໂດຍທາງລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ໂດຍກົງດ້ວຍຕົນເອງກັບຫນ່ວຍງານທີ່ມີລະບຸໄວ້ຢູ່ທາງຫນ້າຫນັງສືແຈ້ງການນີ້. ສໍາລັບ FoodShare, ຫນ່ວຍງານຂອງທ່ານ ສາມາດຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານທາງວາຈາໄດ້.

ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາໄດ້ໂດຍຂຽນຫາ Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 ຫຼືໂທຫາ 1-608-266-3096. ອີງໃສ່ກົດຫມາຍ Wis. Admin. Code § HA 3.03, ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບ (1) ພາຍໃນ 45

ວັນນັບຈາກວັນທີ່ສະຫວັດດີການດູແລສຸຂະພາບມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ແລະ, (2) ພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ ຫນ່ວຍງານກໍານົດໃຫ້ FoodShare ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ຫຼືໃນເວລາໃດກໍຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ FoodShare, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

ໃນຫຼາຍກໍລະນີ, ຖ້າ Division of Hearings and Appeals

ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາຂອງທ່ານກ່ອນມື້ທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ສະຫວັດດີການດູແລສຸຂະພາບແລະ FoodShare ຂອງທ່ານກໍຈະບໍ່ຢຸດຫຼືຫຼຸດລົງ. ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່, ຢ່າງນ້ອຍ, ກໍຈົນກ່ວາຈະມີຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບ ການອຸທອນຂອງທ່ານ. ໃນໄລຍະເວລານີ້, ຖ້າມີການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນເກີດຂຶ້ນ, ສະຫວັດດີການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ FoodShare ຂອງທ່ານ ກໍອາດມີການປ່ຽນແປງ. ຖ້າມີການປ່ຽນແປງອື່ນເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດຫມາຍແຈ້ງໃຫມ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄໍາຕັດສິນຈາກການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາ, ທ່ານສາມາດອຸທອນແລະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ ຢ່າງຍຸດຕິທໍາຄັ້ງທີສອງໄດ້.

ຖ້າຄໍາຕັດສິນໃຈຈາກການພິຈາລະນາຢ່າງຍຸດຕິທໍາຕັດສິນໃຫ້ຢຸດຫຼືຫຼຸດສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນສະຫວັດດີການໃດໆ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານກໍາລັງລໍຖ້າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍ່ຮັບສະຫວັດດີການສືບຕໍ່ກໍໄດ້.

ທ່ານສາມາດຕໍ່ສູ້ຄະດີດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ຈະມີຜູ້ຕ່າງຫນ້າ ໃນການພິຈາລະນາຄະດີຫຼືການປະຊຸມໂດຍມີທະນາຍຄວາມ, ເພື່ອນຫຼືຜູ້ອື່ນທີ່ທ່ານເລືອກກໍໄດ້. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າຈ້າງທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານໄດ້. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳໜົດ ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານກົດຫມາຍພຣີ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄປປາກົດຕົວຫຼືຜູ້ຕ່າງຫນ້າຂອງທ່ານບໍ່ປາກົດຢູ່ໃນການພິຈາລະນາໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ດີ, ຖືວ່າທ່ານປະຖິ້ມ ການອຸທອນຂອງທ່ານແລະການອຸທອນຂອງທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການດູແລສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງຮ່ວມມືກັບ Child Support Agency (ຫນ່ວຍງານຊາຍ ຊັບພອດ), ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີ. ພະນັກງານຜູ້ດູແລເຄສຂອງທ່ານສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ການຮ່ວມມືເລື່ອງຊາຍ ຊັບພອດ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດລົງທະບຽນໃນການດູແລສຸຂະພາບ, ການຊ່ວຍເຫຼືອກໍມີໃຫ້ຢູ່ ຫຼືມີເພີ່ມເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ້ຽງດູລູກຂອງທ່ານ. ຕິດຕໍ່ Child Support Agency (ຫນ່ວຍງານຊາຍ ຊັບພອດ) ທີ່ຄາວຕີຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ກວດສອບທາງຄອມພິວເຕີ: ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກ,

ລາຍໄດ້ທີ່ທ່ານລາຍງານຈະຖືກກວດສອບທາງຄອມພິວເຕີທຽບໃສ່ກັບຄ່າຈ້າງທີ່ ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານລາຍງານຕໍ່ Department of Workforce Development (ກະຊວງພັດທະນາແຮງງານ). The Internal Revenue Service

(ບໍລິການກວດສອບພາສີອາກອນພາຍໃນ), Social Security Administration (ຫນ່ວຍງານບໍລິຫານປະກັນສັງຄົມ),

Unemployment Insurance Division (ຜະແນກປະກັນການວ່າງງານ) ແລະ Department of Transportation

(ກະຊວງການຊົນສົ່ງ) ອາດຈະໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ ກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ແລະຊັບສິນທີ່ທ່ານອາດຈະມີ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຄງການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບແລ້ວ, ທຸກໆ ຄັ້ງທີ່ທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພາຍໃຕ້ BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid ທ່ານອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ສະແດງບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບການບໍລິການບາງຢ່າງ, ທ່ານອາດຈະ

ຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄ່າໂຄເຟໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ຈຳນວນເງິນຈະຂຶ້ນຢູ່ກັບປະເພດການບໍລິການແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄ່າບໍລິການ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຄວນຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍໂຄເຟຫຼືບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍເພາະໄດ້ມີຄອບຄຸມໃນ ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບແຜນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການ ສະມາຊິກທີ 1-800-362-3002.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການຫຼືບໍລິການ, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້:

- ຢ່າ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຫຼືບິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຫຼືໃຫ້ສືບຕໍ່ຮັບສະຫວັດດີການ.
- ຢ່າ ຂາຍຫຼືແລກເອົາຜົນປະໂຫຍດ FoodShare (ບັດ QUEST) ຫຼື ບັດ ForwardHealth
- ຢ່າ ແກ້ບັດເພື່ອຮັບເອົາສະຫວັດດີການທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຢ່າ ນຳໃຊ້ສະຫວັດດີການ FoodShare ຊື້ສິນຄ້າທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ເຊັ່ນວ່າເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສູບ.
- ຢ່າ ນຳໃຊ້ ບັດ QUEST ຫຼື ບັດ ForwardHealth ຂອງຜູ້ອື່ນ

ຄໍາເຕືອນບົດລຽນໃຫຍ່ຂອງ FOODSHARE

ສະມາຊິກຜູ້ໃດກໍຕາມໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ເຈັດຕະນາລະເມີດກົດລະບຽບດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare ເປັນໄລຍະເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດຄັ້ງທໍາອິດ, 24

ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດຄັ້ງທີສອງຫຼືໃນກໍລະນີການລະເມີດຄັ້ງທໍາອິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສານເສບຕິດທີ່ຖືກຄວບຄຸມຕາມກົດໝາຍ, ແລະຢ່າງຖາວອນຈາກການລະເມີດຄັ້ງທີສາມ.

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຫຼືຊ່ອນຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຫຼືໃຫ້ສືບຕໍ່ຮັບສະຫວັດດີການ FoodShare,
- ຂາຍຫຼືແລກເອົາສະຫວັດດີການ FoodShare,
- ນຳໃຊ້ສະຫວັດດີການ FoodShare ຊື້ສິນຄ້າທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ເຊັ່ນວ່າເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສູບ,
- ນຳໃຊ້ສະຫວັດດີການ FoodShare, ບັດປະຈຳຕົວ ຫຼື ເອກະສານອື່ນຂອງຜູ້ອື່ນ

ອີງຕາມມູນຄ່າຂອງສະຫວັດດີການທີ່ນຳໃຊ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານກໍ່ຍັງອາດຖືກປັບໄຫມເຖິງ \$250,000, ຖືກຈຳລອງເຖິງ 20 ປີຫຼື ທັງສອງ. ສານຍັງສາມາດຫ້າມທ່ານບໍ່ໃຫ້ຮັບ FoodShare ຂອງລັດ Wisconsin ອີກ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ ສະຫວັດດີການຢ່າງຖາວອນຖ້າທ່ານຖືກຕັດສິນລົງໃຫມວ່າໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງຈາກ FoodShare ຈຳນວນ \$500 ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin ເປັນເວລາ 10 ປີຖ້າທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າທ່ານໄດ້ສ້າງ ລາຍງານຕົວະຫຼືສະແດງຫຼັກຖານກ່ຽວກັບຕົວຕົນແລະທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ຈະໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການຫຼາຍຢ່າງໃນເວລາດຽວກັນ. ນັກໂທດທີ່ລິຫນີແລະຜູ້ລະເມີດກົດການຖ້າລ່ວງໂທດບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare ຂອງລັດ Wisconsin. ທ່ານຍັງອາດຈະ ຕ້ອງຖືກດຳເນີນຄະດີຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງອື່ນໆ ດ້ວຍ.

ຖ້າທ່ານແລກປ່ຽນ (ຊື້ຂາຍ) ສະຫວັດດີການ FoodShare ເພື່ອເອົາສານເສບຕິດທີ່ຖືກຄວບຄຸມ/ຢາເສບຕິດຜິດກົດໝາຍ, ທ່ານຈະ ຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ FoodShare ເປັນໄລຍະເວລາ 2 ປີ

ສຳລັບການພົບວ່າເຮັດລະເມີດຄັ້ງທໍາອິດແລະຢ່າງຖາວອນສຳລັບ ການພົບຄັ້ງທີສອງ. ຖ້າທ່ານແລກປ່ຽນ (ຊື້ຂາຍ) ອາວຸດປືນ, ລູກປືນຫຼືວັດຖຸລະເບີດ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ FoodShare ຢ່າງຖາວອນ

ຄໍາປະກາດຮ່ວມກັນເລື່ອງການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ແບ່ງແຍກຂອງ USDA

ສະຖາບັນນີ້ຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ເທົ່າທຽມກັນ ເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ເພດແລະຄວາມເຊື່ອທາງສາດສະຫນາຫຼືທາງການເມືອງໃນບາງກໍລະນີ.

U.S. Department of Agriculture (ກະຊວງກະສິກຳຂອງສະຫະລັດ) ຍັງຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດຢ່າງ ບໍ່ເທົ່າທຽມກັນ ເນື່ອງຈາກ ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ລັດທີ່ສາດສະຫນາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ການເຮັດກັບຄືນ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນເນື່ອງຈາກ

ການຮ່ວມກິດຈະກຳດ້ານສິດທິມະນຸດກ່ອນນີ້ໃນໂຄງການຫຼືກິດຈະກຳໃດໆທີ່ດຳເນີນການຫຼືໄດ້ຮັບທຶນຈາກ USDA.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີທາງເລືອກອື່ນໃນການສື່ສານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ຕັວສີ Braille (ເບວ), ຕັວສີຂະໜາດໃຫຍ່, ອ່ານເປັນສຽງ, ພາສາໄບ້ອາເມລິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບຫນ່ວຍງານ (ຂອງລັດຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ທີ່ພວກເຂົາໄດ້ສະຫມັກຂໍຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນທີ່ເປັນຄົນຫຼຸຫຼວງ, ບໍ່ຄ່ອຍໄດ້ຍິນ ຫຼືມີຄວາມພິການ ກ່ຽວກັບການເວົ້າແມ່ນສາມາດຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານທາງ Federal Relay Service (ບໍລິການຮີເວຂອງລັດຖະບານກາງ) ຢູ່ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການອາດຈະມີໃຫ້ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດດ້ວຍ.

ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກການເລືອກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ເທົ່າທຽມກັນຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ປະກອບ [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) (ຮູບ-3027) ທາງອອນໄລນ໌ທີ່: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>, ແລະທີ່ຫ້ອງການ

USDA ໃດຫນຶ່ງ, ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍສົງໄປຫາ USDA ແລະໃຫ້ຂໍ້ມູນຢ່າງທຳ້ອງການໃນຟອມ

ຜ່ານການນໍາສໍາລັບຟອມການຮ້ອງ, ໃຫ້ (866) 632-9992.

ສຽງແບບໂທລະສັບ: U.S. Department of Agriculture ກ່ຽວກັບການຫາ USDA ໂດຍ:

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) ທາງແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື

(3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບັນຫາ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພຊະນາການເສີມ) (SNAP) (ສະໂຕ) ຄວນິຕດຕໍາຫາເບີໂທສາຍດ່ວນຂອງ USDA SNAP ຫຼື (800) 221-5689,

ຫຼືພາສາສະເປນນໍາ ຫຼື ໂທຫາ [State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

(ຄລິກລິງກໍ່ສໍາລັບບໍລິຫານອີເມວຂອງສາຍດ່ວນຂອງລັດ); ຢູ່ອອນໄລນ໌ທີ່:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

ຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກການເລືອກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ເທົ່າທຽມກັນກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງລັດຖະບານໂດຍຜ່ານ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບແລະມະນຸດຂອງສະຫະລັດ (ເອຊ ເອຊ ເອສ), ໃຫ້ຂຽນໄປທີ່: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ຫຼືໂທ (202) 619-0403 (ຟັງສຽງ) ຫຼື (800) 541-8681 (ການໄດ້ຍິນ).

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

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