

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛЬГОТ / ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЯХ В ЛЬГОТАХ
NOTICE OF DENIAL OF BENEFITS / NEGATIVE CHANGE IN BENEFITS**

| | | |
|----------------------------|------------------|------------|
| Имя – Заявитель / Участник | Дата уведомления | Номер дела |
|----------------------------|------------------|------------|

| | |
|---|--|
|  | Штат Wisconsin предоставляет равные права на услуги. Настоящее письмо содержит информацию, которая влияет на предоставляемые Вам льготы. Если в связи с ограниченными возможностями Вам нужно предоставить письмо в другом формате или если Вам нужен перевод или объяснение письма на Вашем родном языке, пожалуйста, позвоните относительно программ FoodShare, программ медицинского обслуживания и ухода за детьми и программы Caretaker Supplement. Относительно W-2 позвоните или 711 (TTY). Эти услуги предоставляются бесплатно. |
|---|--|

Дополнительную информацию можно прочитать в разделе «Дополнительные комментарии/пояснения решения(й)».

Child Care Assistance (Пособие на ребенка)

- Вам было отказано в заявлении на предоставление пособия на ребенка.
- Выдача пособия на ребенка будет прекращена с .
- Рассмотрение заявления на предоставление пособия на ребенка было прекращено в связи с отзывом Вами заявления.
- Мы не приняли решения по Вашему заявлению на предоставление пособия на ребенка по следующей причине

FoodShare Wisconsin

- Вам было отказано в заявлении на предоставление пособия FoodShare.
- Вам было отказано в заявлении на замену продуктов, купленных на пособие FoodShare. Дополнительную информацию можно прочитать в разделе «Дополнительные комментарии/пояснения решения(й)».
- Сумма Вашего месячного пособия FoodShare будет понижена с \$ до \$, начиная с .
- Выдача пособия FoodShare будет прекращена с .
- перестанет получать пособие FoodShare, начиная с .
- Рассмотрение заявления на предоставление пособия FoodShare было прекращено в связи с отзывом Вами заявления.
- Мы не приняли решения по Вашему заявлению на предоставление пособия FoodShare по следующей причине

Medicaid / BadgerCare Plus

- Вам было отказано в заявлении на льготы Medicaid и(или) BadgerCare Plus на месяцы: по следующей причине:
- Предоставление Вам льгот Medicaid/BadgerCare Plus будет прекращено с по следующей причине:

- Вам было отказано в заявлении на льготы Medicaid/BadgerCare Plus, так как Ваш доход превышает разрешенный максимальный лимит на \$ _____ в месяц. Если Ваши расходы на медицинское обслуживание в шесть раз превышают сумму в (\$ _____), Вы можете иметь право на регистрацию в программе. Подробную информацию можно узнать у Вашего социального работника.
- Сумма Вашего взноса, финансовой ответственности пациента или долевого участия в затратах по программе Medicaid/BadgerCare Plus повышается до \$ _____ в месяц, начиная с _____, по следующей причине: _____.
- Рассмотрение заявления на предоставление льгот Medicaid/BadgerCare Plus было прекращено в связи с отзывом Вами заявления.
- Вам было отказано в удовлетворении заявки на Undue Hardship Waiver Request (отмена оплаты в связи с чрезмерными тяготами). Дополнительную информацию можно прочитать в разделе «Дополнительные комментарии/пояснения решения(й)».
- Мы еще не приняли решения по Вашему заявлению на предоставление льгот Medicaid/BadgerCare Plus по следующей причине: _____.

Wisconsin Works (W-2)

- Вам было отказано в заявлении на пособие W-2, кредит Job Access Loan (JAL) или пособие на неотложную помощь Emergency Assistance (EA)—проверяйте только одну программу.
- Выдача пособия W-2 будет прекращена с _____ по следующей причине _____.
- Сумма Вашего месячного пособия W-2 будет понижена с \$ _____ до \$ _____, начиная с _____.
- Рассмотрение заявления на предоставление пособия W-2 было прекращено в связи с отзывом Вами заявления.
- Мы не приняли решения по Вашему заявлению на предоставление пособия W-2 по следующей причине: _____.

Другое

- Вам было отказано в заявлении/продлении льгот _____ (программа), начиная с _____.
- Вам было отказано в заявлении/продлении льгот _____ (программа), начиная с _____.

Дополнительные комментарии / Пояснение решения(й)

ИНСТРУКЦИИ РАБОТНИКАМ: Укажите доход и расходы, которые использовались при принятии решение о праве на льготы. В делах, касающихся Medicaid и BadgerCare Plus, укажите ссылку на соответствующий правовой акт, на основе которого принималось решение.

Если Вы не согласны с решением, принятым по пособию на ребенка, FoodShare, Medicaid или BadgerCare Plus, Вы можете подать заявку на проведение беспристрастного слушания. Информацию о беспристрастных слушаниях смотрите ниже.

При несогласии с решением по пособию W-2 Вы можете подать заявку на проведение проверки фактов. Заявку на проведение проверки нужно подать в течение 45 дней от даты получения уведомления или в течение 45 дней от даты вступления в силу решения, о котором говорится в уведомлении, в зависимости от того, что наступит позднее.

С вопросами просьба обращаться в агентство:

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

ВАШИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПО ПРОГРАММАМ FOODSHARE, MEDICAID И BADGERCARE PLUS

У Вас есть право на получение письменного уведомления от Вашего агентства до принятия им каких-либо мер в отношении отмены или сокращения Ваших льгот по программе медицинского обслуживания (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) или пособия FoodShare. В большинстве случаев Вы получаете письмо не позже, чем за 10 дней до принятия мер.

Вы можете подать заявку на проведение беспристрастного слушания по вопросам, связанным с медицинским обслуживанием или пособием FoodShare, если Вы не согласны с какими-либо действиями агентства. Вы можете подать заявку на проведение беспристрастного слушания в письменной форме или лично в агентстве, указанном на первой странице уведомления. По программе FoodShare Ваше агентство может принять заявку в устной форме. Вы также можете подать заявку на проведение беспристрастного слушания в письменной форме в отдел по слушаниям и апелляциям Административного департамента: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 или по телефону 1-608-266-3096. Согласно административному кодексу штата Wis. Admin Code § HA 3.03, Ваша заявка должна быть получена (1) в течение 45 дней после вступления в силу решения, связанного с медицинским обслуживанием, и (2) в течение 90 дней после вступления в силу решения относительно пособия FoodShare или в любое время, пока Вы получаете пособие FoodShare, если Вы не согласны с размером пособия.

В большинстве случаев, если заявка на проведение беспристрастного слушания будет получена отделом по слушаниям и апелляциям (Division of Hearings and Appeals) до вступления в силу решения, Ваше пособие FoodShare не будет отменено или сокращено. Пособие будет выплачиваться, как минимум, до того момента, когда будет принято решение по Вашей апелляции. Если на протяжении этого времени произойдут какие-либо другие изменения, не связанные с данным решением, Ваше медицинское обслуживание или пособие FoodShare может измениться. В случае других изменений Вы получите новое письмо. Если Вас не устроит решение, принятое на беспристрастном слушании, Вы можете подать апелляцию и попросить о проведении второго беспристрастного слушания. Если по решению беспристрастного слушания Ваше пособие будет отменено или сокращено, от Вас могут потребовать возместить пособие, выплаченное в период ожидания решения. Вы можете попросить не выплачивать Вам пособие в это время.

Вы можете представлять себя или быть представленным на слушании или совещании адвокатом, другом или кем-либо еще по Вашему выбору. Мы не можем оплатить услуги Вашего адвоката. В то же время, услуги адвоката Вам могут предоставить бесплатно, если Вы будете иметь на это право.

Если Вы или Ваш представитель не явитесь на слушание без уважительной причины, это будет рассматриваться как отказ от апелляции, и она будет отклонена.

Если Вы пользуетесь льготами по медицинскому обслуживанию, Вы не можете отказаться от содействия Агентству по взысканию средств на содержание детей (Child Support Agency) без уважительной причины. Более подробную информацию о содействии во взыскании средств на содержание детей может предоставить Ваш работник. Даже если Вы не зарегистрированы на получение льгот по медицинскому обслуживанию, Вы можете воспользоваться помощью во взыскании или увеличении размера средств на содержание детей. За получением дополнительной информации обратитесь в Агентство по взысканию средств на содержание детей (Child Support Agency) в Вашем округе.

Компьютерная проверка: Если Вы работаете, мы проведем компьютерную проверку, сравнив указанную Вами заработную плату с зарплатой, которую Ваш работодатель указывает для Department of Workforce Development. Информацию в отношении Вашего дохода и собственности также могут запросить в Налоговом управлении США (Internal Revenue Service), Администрации социального обеспечения (Social Security Administration), Отделе страхования по безработице (Unemployment Insurance Division) и в Департаменте транспорта (Department of Transportation).

Если Вы зарегистрированы на получение льгот по программе медицинского обслуживания, то при каждом посещении поставщика услуг из сети BadgerCare Plus или Medicaid Вас могут попросить показать карточку ForwardHealth. За некоторые услуги с Вас могут взыскать частичную оплату. Размер оплаты будет зависеть от вида и стоимости услуг. Поставщик услуг должен уведомить Вас о необходимости частичной оплаты или о том, что данная услуга не покрывается Вашим планом медицинского обслуживания. Если у Вас появятся вопросы

относительно плана медицинского обслуживания, обращайтесь в Службу по работе с участниками (Member Services) по тел.: 1-800-362-3002.

Если Вы получаете пособие или услуги, Вы должны соблюдать следующие правила:

- **НЕ** предоставлять ложной информации и не скрывать информации с целью получения или продолжения получения пособия.
- **НЕ** обменивать и не продавать пособие FoodShare (карточку QUEST) или карточки ForwardHealth.
- **НЕ** менять информацию на карточках, чтобы получать льготы, на которые Вы не имеете права.
- **НЕ** использовать пособие FoodShare для покупки неразрешенных товаров, таких как алкоголь или табачные изделия.
- **НЕ** использовать чужую карточку QUEST или карточку ForwardHealth.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ПРОГРАММОЙ FOODSHARE

Любой член Вашей семьи, намеренно нарушивший какое-либо из следующих правил, может быть отстранен от участия в FoodShare сроком на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или после первого нарушения с целью приобретения наркотических веществ, и навсегда после третьего нарушения:

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации с целью получения или продолжения получения пособия FoodShare,
- Обмен или продажа пособия FoodShare,
- Использование FoodShare для покупки непищевых товаров, таких как алкоголь или табачные изделия,
- Использование льгот FoodShare, удостоверений личности или другой документации, принадлежащих другому человеку.

В зависимости от размера незаконно использованных льгот, Вас могут наказать штрафом в размере до 250000 долларов или тюремным заключением сроком до 20 лет, или применить обе штрафные санкции. Суд также может отстранить Вас от участия в программе FoodShare Wisconsin на дополнительные 18 месяцев. Вы навсегда потеряете право на участие в программе, если Вас признают виновным в незаконной торговле пособием FoodShare в размере \$500 и выше. Вы потеряете право на участие в программе FoodShare Wisconsin сроком на 10 лет, если подтвердится, что Вы использовали ложную информацию или умышленно вводили в заблуждение относительно своей личности и места жительства с целью получения одновременно нескольких льгот. Совершившие побег преступники и нарушители режима условного заключения или условно-досрочного освобождения, не могут принимать участие в программе FoodShare Wisconsin. Вы также можете подвергнуться дополнительному судебному преследованию согласно действующим федеральным законам.

Если Вы совершите сделку (покупку или продажу) льгот FoodShare с целью приобретения наркотических веществ, Вас отстранят от участия в программе FoodShare на срок 2х лет после первого нарушения и навсегда после второго. Если сделка (покупка или продажа) будет совершена с целью приобретения огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, Вас навсегда отстранят от участия в FoodShare Wisconsin.

ЗАЯВЛЕНИЕ USDA О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

В данном учреждении запрещается дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, ограниченных возможностей, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии и политических взглядов.

The U.S. Department of Agriculture (Министерство сельского хозяйства США) также запрещает дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религии, ограниченных возможностей, возраста, политических взглядов или возмездия и репрессии за предыдущее участие в борьбе за гражданские права, в любой программе или деятельности, осуществляемых или финансируемых USDA.

Люди с ограниченными возможностями, которые нуждаются в альтернативных способах получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык глухонемых и т.д.), должны обратиться в то Агентство (штата или по месту проживания), куда они подавали заявление на получение льгот. Лица, страдающие глухотой, дефектами слуха или нарушениями речи, могут обратиться в USDA через Federal Relay Service (Федеральную службу коммутируемых сообщений) по тел. (800) 877-8339. Кроме того, информацию о программе можно получить на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, заполните форму [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) (AD-3027) в Интернете по адресу: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> и в любом офисе USDA или напишите письмо на адрес USDA и укажите в письме все сведения, которые запрашиваются в форме. Чтобы получить копию формы для подачи жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Направьте заполненную форму или письмо в USDA:

- (1) почтой на адрес: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) факсом по номеру: (202) 690-7442 или
- (3) электронной почтой на адрес: program.intake@usda.gov.

Для получения дополнительной информации о программе льготной покупки продуктов “Supplemental Nutrition Assistance Program” (SNAP) позвоните по «горячей линии» USDA SNAP: (800) 221-5689 (с возможностью общения на испанском языке) или по номерам справочных «горячих линий» штата [State Information/Hotline Numbers](#) (нажмите на ссылку, чтобы получить список номеров "горячих линий" штата), которые можно найти в Интернете на: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, получающей федеральное финансирование через Министерство здравоохранения и социальных услуг США (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)), напишите по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по тел.: (202) 619-0403 (голосовой) или (800) 537-7697 (TTY).

Данное учреждение предоставляет равные возможности при приеме на работу и оказании услуг.

| | |
|-------------------------|---|
| 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 |