

**ДОБАВИТЬ ИЛИ УДАЛИТЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПОКУПАТЕЛЯ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ДЛЯ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ FOODSHARE
(ADD OR REMOVE AN AUTHORIZED BUYER OR ALTERNATE PAYEE FOR FOODSHARE BENEFITS)**

Инструкции. Используйте эту форму для того, чтобы добавить или удалить **уполномоченного покупателя** или **альтернативного получателя** для ваших льгот программы FoodShare.

- **Уполномоченный покупатель** является лицом, которое может использовать ваши льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для вашего домохозяйства. Если вы добавите уполномоченного покупателя, то вы и это лицо сможете каждый получить индивидуальную карту QUEST, связанную с вашими льготами.
- **Альтернативный покупатель** является лицом, которое использует льготы программы FoodShare от вашего имени. Если вы добавите альтернативного получателя, то только это лицо получит карту QUEST с его именем на ней. Вы не получите такую карту.

Вы можете удалить уполномоченного покупателя или альтернативного получателя в любое время, обратившись в ваше агентство или заполнив эту форму. Подайте заполненную форму в ваше агентство.

Чтобы найти ваше агентство, посетите веб-сайт dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm или позвоните в отдел обслуживания клиентов (Member Services) по телефону 1-800-362-3002.

Любая позволяющая установить личность информация, введенная ниже, будет использоваться программой FoodShare штата Висконсин в целях прямого управления льготами.

Имя и фамилия основного держателя карты	Номер дела
---	------------

Отмечая клетку (клетки) ниже, я подтверждаю, что:

- Я желаю _____ добавить уполномоченного покупателя, который может использовать мои льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для моего домохозяйства. Я понимаю, что нам обоим будут выданы карты QUEST и что карта QUEST моего уполномоченного покупателя будет отправлена по почте на мой адрес как лицу, получающему льготы по программе FoodShare.

Примечание. Если предоставленный вами ниже адрес не совпадает с адресом в деле, ваш адрес в нашей системе будет обновлен.

Улица и номер дома

Город	Штат	Почтовый индекс
-------	------	-----------------

- Я желаю _____ удалить уполномоченного покупателя из моей программы FoodShare.

- Я желаю _____ добавить альтернативного получателя, который будет использовать мои льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для моего домохозяйства. Я понимаю, что моему альтернативному получателю будет предоставлена карта QUEST вместо меня. Карта QUEST моего альтернативного получателя должна быть отправлена по почте на адрес:

Улица и номер дома

Город	Штат	Почтовый индекс
-------	------	-----------------

- Я желаю _____ удалить как альтернативного получателя из моей программы FoodShare.

Если вы добавляете уполномоченного покупателя или альтернативного получателя, отметьте клетки ниже, чтобы показать, что вы понимаете что:

- Любая транзакция на моем счете программы FoodShare считается разрешенной, и льготы не будут возмещены для покупок, совершенных любым из следующих лиц:
- Мной
 - Уполномоченным покупателем
 - Альтернативным получателем
 - Любым другим лицом, которому я добровольно дам мою карту QUEST личный идентификационный номер (PIN)
- Если любая из карт QUEST моего счета будет потеряна или украдена, мне, возможно, придется заплатить за ее замену сбор в размере \$2,70. Это сбор будет оплачен из моих льгот программы FoodShare.

Примечание: Ваша подпись ниже должна быть засвидетельствована. Требуются подписи двух свидетелей, если вы подписываетесь с пометкой X.

ПОДПИСЬ – Основной держатель карты или другое уполномоченное лицо	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 1 (требуется)	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 2*	Дата подписания

*Требуется только в том случае, когда основной держатель карты или другое уполномоченное лицо подписались с помощью пометки X.

Примечание. Вы имеете право на то, чтобы другое лицо представляло вас и действовало от вашего имени для завершения процесса подачи заявления/продления. Это лицо будет действовать в качестве вашего уполномоченного представителя. Если вы желаете уполномочить кого-либо действовать от вашего имени, заполните форму предоставления полномочий представителю для программ Medicaid /BadgerCare Plus/FoodShare (F-10126). Для получения этой формы обратитесь в ваше агентство или посетите веб-сайт www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm.

Для использования только социальным работником Income Maintenance Agency (Агентство по поддержанию доходов) (IM)	
<input type="checkbox"/> Новый уполномоченный покупатель	<input type="checkbox"/> Новый альтернативный получатель
<input type="checkbox"/> Удалить альтернативного получателя	<input type="checkbox"/> Удалить уполномоченного покупателя
ПОДПИСЬ – Социальный работник агентства IM	Дата подписания

РАССЫЛКА: Файл дела – оригинал Член – копия

Заявление USDA о недопущении дискриминации

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и положениями и политиками U.S. Department of Agriculture (USDA) (Министерство сельского хозяйства США) в области гражданских прав, USDA, его учреждениям, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, в любой программе или акции, проводимой или финансируемой USDA, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста и политических убеждений, а также недопустимы репрессии или возмездие за предшествующую деятельность в области гражданских прав.

Инвалиды, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обращаться в Агентство штата (или местное), где они подавали заявку на получение пособий. Люди, которые являются глухими, слабослышащими или имеют проблемы с речью, могут связаться с USDA через Federal Relay Service (Федеральную службу ретрансляции) по адресу: (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

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

- (1) Почтовый адрес: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Факс: (202) 690-7442; или
- (3) Эл. почта: program.intake@usda.gov.

Это учреждение придерживается принципа равных возможностей при предоставлении услуг.