

تقرير تغيّر الحصص الغذائية بولاية ويسكونسن  
(FOODSHARE WISCONSINCHANGE REPORT)  
(جميع أفراد الأسرة من المسنين أو المكفوفين أو المعاقين)

إذا كنت تتلقى فوائد الحصول على FoodShare، يجب عليك في غضون عشرة أيام عن أي تغييرات خاصة بك في:

- العنوان وتكلفة المسكن،
- أو الدخل أو الوضع الوظيفي، أو
- الأسرة (شخص ينضم إلى أو يفصل عن الأسرة، أو إذا كان أحد ما سيتزوج، حدوث حمل أو وضع مولود جديد).

إذا أحدث أي من التغييرات المذكورة، يمكنك:

- أنم تبلغ عن ذلك عبر الإنترنت من خلال [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov) أو
- أماً هذا التقرير وقم بإرساله بريدياً أو عبر الفاكس إلى:

إذا كنت كنت تعيش في Milwaukee County: إذا لم تكن تعيش في Milwaukee County:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
فاكس: 1-855-293-1822

MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee WI 53205  
فاكس: 1-888-409-1979

- أو، يمكنك الاتصال أو أخذها لوكالتك المحلية. يمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف وكالتك المحلية من خلال هذا الرابط [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp) أو بالاتصال بالرقم 800-362-3002 أو 711 (خدمة الهاتف النصي لضعاف السمع TTY).

إذا لم تكن هناك مساحة كافية في هذا التقرير لكي تشرح التغييرات الخاصة بك، يمكنك كتابة المعلومات على صفحة ورقية أخرى ورفقها مع هذا التقرير.

تقديم (SSN) Social Security Number أو تقديم طلب للحصول على واحد هو أمر تطوعي؛ ومع ذلك، فإن أي شخص يرغب في الحصول على برنامج فوائد FoodShare ولم يقدم رقم SSN أو يتقدم للحصول على واحد لن يكون قادراً على الحصول على تلك الفوائد. أرقام الضمان الاجتماعي ومعلومات التعريف الشخصية سوف تستخدم فقط للإدارة المباشرة ل FoodShare Wisconsin.

إذا أخفقت متعمداً في الإبلاغ عن أي تغييرات خاصة بك أو قدمت معلومات خاطئة قد يتم تغريمك، أو سوف يتعين عليك سداد قيمة أي FoodShare حصلت عليها بشكل غير مشروع، أو قد تخضع للمحاكمة أو الثلاثة معاً.

اسم الموظف	رقم الحالة	اسمك
------------	------------	------

التغير في الدخل والأجر الوظيفي  
وظيفة جديدة-1

يجب عليك تقديم إثبات عن أي مصدر جديد للدخل المكتسب. أمثلة إثباتات الدخل هي كعوب شيكات الأجر، أو Employer Verification of Earnings أو نموذج إيرادات (F-10146) معتمد من جهة العمل.

اسم الشخص صاحب الدخل أو الوظيفة الجديدة	معدل الأجر بالساعة \$	ساعات العمل الأسبوعية
جهة العمل	الطريقة المعتادة لتلقي الأجر	تاريخ أول أجر

وظيفة جديدة - 2

اسم الشخص صاحب الدخل أو الوظيفة الجديدة	معدل الأجر بالساعة \$	ساعات العمل الأسبوعية
جهة العمل	الطريقة المعتادة لتلقي الأجر	تاريخ أول أجر

التغيرات الأخرى في مصدر الدخل

يجب عليك الإبلاغ عن أي

- مصدر دخل جديد أو أي دخل آخر،
- التغيرات التي تزيد عن \$100 في دخل دعم الطفل، أو
- التغيرات التي تزيد عن \$50 في الشهر في أنواع أخرى من الإيرادات الغير مكتسبة مثل Worker's Compensation, Unemployment Insurance, Social Security أو مزايا المحاربين القدامى.

اسم الشخص الذي يتلقى إيرادات غير مكتسبة	مصدر الدخل
تغيير في الدخل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ تغيير الدخل
	المبلغ الشهري \$

اسم الشخص الذي يتلقى إيرادات غير مكتسبة	مصدر الدخل
تغيير في الدخل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ تغيير الدخل
	المبلغ الشهري \$

التغيير في العنوان والتمسبب في تغييرات تكاليف المأوى

إذا قمت بالانتقال، يجب عليك الإبلاغ عن عنوانك الجديد، أو أي زيادة أو نقصان في دفع الإيجار أو الرهن العقاري، أو فواتير الخدمات (الغاز والكهرباء، والمياه، الخ).

العنوان الجديد - الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف الجديد (بما في ذلك رمز المنطقة)	تاريخ التغيير		

التغيير في الإيجار

هل أنت في الإسكان المدعوم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مبلغ الإيجار الشهري الجديد \$
اسم المؤجر	رقم هاتف المؤجر (بما في ذلك رمز المنطقة)
عنوان المؤجر - الشارع	المدينة
	الولاية
	الرمز البريدي
قائمة المرافق التي يجب عليك دفعها	

التغير في الرهن العقاري

المبلغ الشهري الجديد للرهن العقاري	قائمة المرافق التي يجب عليك دفعها
\$	
إذا لم يكن متضمناً في الرهن العقاري، قم بإدراج المبلغ الشهري الخاص بصريية الملكية \$ التأمين \$	

التغير في الأسرة

يجب الإبلاغ عن أي شخص إذا:

- انضم إلى أو انفصل عن أسرتك
- تزوج
- أصبحت حاملاً
- وضعت مولوداً (بما في ذلك معلومات حول من وضعت المولود والمولود)

الاسم (الأسماء)	رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي (SSN)
تاريخ الميلاد	صلة القرابة أو العلاقة بك
قم بوصف التغيير	تاريخ التغيير

التغير في مدفوعات دعم الطفل

يجب عليك الإبلاغ عن أي تغيير في الالتزامات القانونية لأي من أفراد الأسرة ليدفع دعم الطفل.

اسم الشخص الذي يتعين عليه دفع دعم الطفل بأمر من المحكمة.	رقم الأمر الصادر من المحكمة
المبلغ الشهري المخصص لدعم الطفل	تاريخ صدور أمر المحكمة أو تاريخ تغيير الأمر
\$	

تغييرات أخرى؟

يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات أخرى التي قد تؤثر على أهليتك. وتشمل بعض الأمثلة على التغييرات الأخرى شخص يصبح معاقاً أو يتعافى من العجز، شخص ما ينقطع عن المدرسة، نفاذ النفقات الطبية، وغيرها. يجب تضمين تاريخ التغيير.

--

هل تتوقع أن تظل التغييرات المدرجة في هذا التقرير كما هي في الشهر التالي؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح.

--

**العقوبات التحذيرية لبرنامج FOODSHARE WISCONSIN**

أي فرد من أفراد أسرته يتعمد مخالفة أي من القواعد التالية قد يتم استبعاده من برنامج FoodShare Wisconsin لمدة 12 شهرًا بعد المخالفة الأولى، ولمدة 24 شهرًا بعد المخالفة الثانية أو مخالفة أولى تنطوي على المواد الخاضعة للرقابة، ويستبعد بشكل دائم عند المخالفة الثالثة:

- إعطاء معلومات كاذبة أو إخفاء معلومات للحصول على أو الاستمرار في الحصول على برنامج فوائد FoodShare،
- تداول أو بيع أو تغيير برنامج فوائد FoodShare،
- استخدام برنامج فوائد FoodShare، لشراء سلع غير الغذائية، مثل الكحول أو التبغ، أو
- استخدام برنامج فوائد FoodShare أو بطاقات تعريف الهوية أو غيرها من المستندات التي تخص شخص آخر.

تبعًا لقيمة إساءة استخدام الفوائد، قد يتم أيضًا تغريم الفرد بمبلغ يصل إلى \$250,000 وعقوبة سجن تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. ويجوز للمحكمة أيضًا أن تمنع الفرد من البرنامج لمدة 18 شهرًا إضافية. كما يمكن أن يتم استبعادك نهائيًا إذا ما تمت إدانتك بتهمة الاتجار ببرنامج فوائد FoodShare بمبلغ من 500 دولار أمريكي فأكثر. وسوف تكون غير مؤهل للمشاركة لمدة 10 سنوات إذا وجد أنك قد أدليت ببيان أو إقرار كاذب فيما يتعلق بالهوية والإقامة من أجل الحصول على فوائد متعددة في نفس الوقت. المجرمين الفارين والمخالفين الخاضعين لمراقبة / تحت إطلاق السراح المشروط غير مؤهلون للبرنامج. قد يخضع الفرد أيضًا لمزيد من الدعاوي القضائية بموجب القوانين الاتحادية الأخرى المعمول بها.

**النفقات:** أنا أفهم أن النفقات التي أبلغ عنها مثل المأوى، المرافق، رعاية الطفل، دعم الطفل أو تكاليف الرعاية الطبية قد تؤثر على مستوى برنامج فوائد FoodShare التي تتلقاها أسرتي. وأفهم أن الاخفاق في أو إثبات صحة أي نفقات يعني أنني لا أريد الحصول على خصم لهذه النفقات.

**تخفيض الدخل:** أنا أفهم أنني غير مطالب بالإبلاغ عن انخفاض أو فقدان للدخل؛ إلا أنني، قد أستحق الحصول على فوائد أكثر من FoodShare إذا ما قمت بالإبلاغ. وأفهم أنني طالما لا أبلغ عن انخفاض في الدخل الشهري لأسرتي أو فقد أي من الدخل الخاص بالأسرة، لن أتلقى الزيادة الناتجة عن ذلك في برنامج فوائد FoodShare.

أفهم أن هناك عقوبات لإخفاء معلومات أو إعطاء معلومات خاطئة. وأفهم أيضًا أنه سوف يتعين علي سداد قيمة أي فوائد أحصل عليها لأنني لم أبلغ بشكل كامل عن أي تغييرات في ظروفي. وأوافق على أن أقوم بتقديم إثبات خاص بأي تغييرات، إذا ما طلب مني ذلك. جميع إجاباتي على هذه النموذج كاملة وصحيحة بحسب أفضل ما لدي من معلومات.

يسمح رقم ضمانك الاجتماعي بإجراء فحص بالكمبيوتر للمعلومات الخاصة بك مع الوكالات الحكومية مثل Department of Workforce Development و Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) بالإضافة إلى School Lunch Program. وتستخدم أرقام Social Security أيضًا للتحقق من هوية أفراد الأسرة والتحقق من الدخل من مصادر مثل أرباب العمل والبنوك والأطراف الأخرى.

**عدم التمييز**

Department of Health Services (DHS) هي جهة عمل متكافئ الفرص ومقدم خدمة. وإذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى الوصول إلى هذه المعلومات بصيغة بديلة، أو إذا كنت بحاجة إلى ترجمتها إلى لغة أخرى، يرجى الاتصال برقم 266-3356 (608) (اتصال صوتي) أو رقم 701-1251 (888) (خدمة الهاتف النصي لضعاف السمع TTY).

تمنع U.S. Department of Agriculture أي تمييز ضد عملائها وموظفيها عملائها والموظفين والمتقدمين للوظائف على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس أو الهوية الجنسية، الدين، أو الثأر، وأيضا كان مطبقًا، المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية، أو الوضع العائلي أو الوالدين، أو التوجه الجنسي، أو كل أو جزء من دخل الفرد مشتق من أي من برامج المساعدات العامة، أو المعلومات الجينية المحمية في العمل أو في أي برنامج أو نشاط أجري أو ممول من قبل الوزارة. ( لن يتم تطبيق جميع القواعد الحظر على جميع البرامج و/أو الأنشطة التوظيفية).

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى برنامج Civil Rights ضد التمييز مع وزارة الزراعة الأمريكية، قم بملء استمارة شكوى USDA برنامج التمييز، من على الرابط التالي [ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، أو في أي مكتب من مكاتب USDA، أو اتصل على رقم 632-9992 (866) لطلب نموذج الاستمارة. كما يمكنك كتابة خطاب يحتوي على كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. أرسل نموذج الشكوى المكتمل الخاصة بك أو الخطاب U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو فاكس: 690-7442 (202) أو عبر البريد الإلكتروني [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

يتعين على الأفراد الذين يعانون من الصمم، أو صعوبة في السمع أو يعانون من صعوبة في التحدث أو الكلام الاتصال ب USDA من خلال خدمات المساندة الفيدرالية على الأرقام التالية 877-8339 (800)؛ أو للغة الإسبانية على رقم 845-6136 (800). للحصول على أي معلومات أخرى للتعامل مع قضايا Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)، يتعين على الأفراد إما الاتصال اتصل بالخط الساخن الخاص ب USDA SNAP 221-5689 (800)، والذي يمكن أيضًا من خلاله التحدث بالإسبانية، أو أنقر على الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة الخاصة بالولاية) ويمكنك إيجادها على الرابط التالي: [fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) USDA هي مقدم خدمات وجهة عمل متكافئة الفرص.

رقم الهاتف النهاري ( )	تاريخ التوقيع	توقيع - المشارك / الممثل المفوض
---------------------------	---------------	---------------------------------