

FOODSHARE WISCONSIN 变更报告表
(所有家庭成员均为老人、盲人或残疾人)
FOODSHARE WISCONSIN CHANGE REPORT
(ALL HOUSEHOLD MEMBERS ARE ELDERLY, BLIND OR DISABLED)

若在您领取FoodShare 福利期间，以下情况有变，您必须在十天内报告：

- 地址与住房开支，
- 收入或就业状况，或
- 家庭状况(家人迁入或迁出，家庭成员结婚，怀孕，或生子/女)。

如有以上变化，您可以：

- 在ACCESS.wi.gov 网站在线报告或
- 填写本表格并邮寄或传真至：

如果您住在Milwaukee县：

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

如果您不住在Milwaukee县：

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

- 或者，您可以致电或直接将表格交至您所在的当地服务机构。当地机构的地址与电话号码请参见 dhs.wi.gov/em/customerhelp 或致电 1-800-362-3002 或711 (TTY)查询。

如果表格空间不够填写变更信息，您可以将相关信息写在白纸上并附在本表格后。

提供或申请 Social Security Number (SSN) 纯属自愿；但是，任何想获得 FoodShare 福利但未提供或未申请 SSN 的个人将无法获得福利。SSNs 和身份识别信息将仅被用于FoodShare Wisconsin 项目的直接管理。

如果您有意不报告变化或提供虚假信息您将被处以罚款，归还不应得的 FoodShare 福利，被指控，或三罚并行。

您的姓名	注册号	工作人员姓名
------	-----	--------

工作收入与工资变化

新工作- 1

您必须上报所有新的工作收入来源并提供证明。证明材料可为支票存根、雇主证明信或者Employer Verification of Earnings 表 (F-10146)。

获得新工作或新收入者的姓名	时薪 \$	每周工作时间
雇主	工资支付周期	工资首发日期

新工作- 2

获得新工作或新收入者的姓名	时薪 \$	每周工作时间
雇主	工资支付周期	工资首发日期

其他收入变化

您必须报告任何

- 其他新收入来源,
- 每月子女抚养费收入金额变化超过\$100, 或
- 每月其他非工作收入如工伤赔偿、失业保险金, Social Security 或者退伍军人福利金额变化超过\$50。

获得非工作收入者的姓名	收入来源	
收入变化 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	收入变化日期	每月金额 \$

获得非工作收入者的姓名	收入来源	
收入变化 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	收入变化日期	每月金额 \$

地址变化与相应的住房开支变化

您一旦搬家必须报告新的地址与任何房租、房贷或水电杂费（煤气、电、水等）开支的增加或减少。

新地址 - 街	城市	州	邮政编码
新电话号码（包括区号）		变化日期	

房租变化

您是否住在政府补贴住房？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新月租金额 \$		
房东姓名	房东电话号码（包括区号）		
房东地址 - 街	城市	州	邮政编码
列出您必须支付的水电杂费			

房贷变化

新每月房贷金额 \$	列出您必须支付的水电杂费
若不包括在房贷内, 请列出每月房产税金额 \$ _____ 保险金额 \$ _____	

家庭状况变化

如果任一家庭成员有以下情况, 您必须报告:

- 迁入或迁出您的家庭
- 结婚
- 怀孕
- 生子/女 (产妇与新生儿的信息均需提供)

姓名	Social Security Number(s) (SSN)	
出生日期	与您的关系	变化日期
简述变化的情况		

子女抚养费支付变化

如果您的任一家庭成员子女抚养费支付之法律责任有任何变化, 您必须报告。

法庭指令支付子女抚养费者的姓名	法庭指令号
指令每月支付子女抚养费金额 \$	法庭指令日期或指令被更改日期

其他变化?

报告任何其他有可能影响您获得福利资格的变化。例如有成员变成残疾人或之前有残疾现正在康复, 有成员退学, 自付医药费金额等。请注明变化日期。

--

您预计该表所报告的变化在下个月是否保持不变？ 是 否

如果选择否，请解释：

FOODSHARE WISCONSIN 处罚警告

若您家庭中任一成员有意违反以下任何一条规定，在初次违规后的12个月内，第二次违规或初次违规但涉及管控药品后的24个月内将被禁止参加 FoodShare Wisconsin。第三次违规后将永久不得参加：

- 为获得或继续获得 FoodShare 福利而提供虚假或隐瞒信息，
- 交易，出售或更改 FoodShare 福利，
- 使用 FoodShare 福利购买非食品物品，如烟酒，或
- 使用他人的 FoodShare 福利，身份证或其他文件。

根据滥用福利的金额，个人可能被处以高达 \$250,000的罚款及/或长达20年的刑期。法院还可将禁止其参加该项目的再延长18个月。若您被判定非法交易 FoodShare 福利且金额超过 \$500，您将终生失去参加资格。若您被查出对身份和地址信息作出虚假声明或陈述从而同时领取多份福利，您将失去参加该项目的资格10年。重罪逃犯与缓刑期/假释期违法者不得参加该项目。并还可能受其他相关联邦法律的制裁。

开支：我明白我报告的开支如住房费用、水电杂费、儿童保育、子女抚养费、或医疗费用可能影响我的家庭所获得的FoodShare福利的数额。我明白未能汇报或证明任何一项支出都意味着我不想将该项支出计入我的总开支。

收入减少：我明白我并非必须报告收入的失去或减少；但是如果我报告了，就可能有资格获得更多的FoodShare 福利。我明白只要我未汇报家庭任一收入的失去或月收入的减少，我将无法获得相应的FoodShare 福利的增加。

我明白隐瞒信息或提供假信息将受到处罚。我也明白我将必须归还任何因未完全报告我所处情况的变化而收到的福利。我同意若被要求将为任何变化提供证明。尽我所知，我在该表格上填写的信息均正确与完整。

您的SSN 将允许电脑审查您在政府机构如Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) 与 Department of Workforce Development, 以及 School Lunch Program的信息。 Social Security numbers也将被用于核实家庭成员身份和向收入来源如雇主、银行和其他各方核实收入状况。

非歧视原则

U.S. Department of Agriculture 禁止因个人的种族、肤色、国籍、年龄、残疾、性别、性别认同、宗教，或出于对其的报复，以及在适用情况下，因其政治信仰、婚姻状况、家庭或父母状况、性取向，或者因

其所有或部分收入来自任何公共救助项目，或在其就业中或由 Department 开展或资助的任何项目或活动中受保护的基因信息的基础上，歧视顾客、员工与求职者。（并非所有被禁止的歧视原因都适用于所有计划和/或就业活动）。

如果您希望提交一份与公民权利计划相关的歧视投诉，请填写 USDA 项目歧视投诉表，该表格可在 ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htm 在线下载，或前往任何一个 USDA 办事处，或致电 866-632-9992 领取。您可以通过信函的方式进行投诉，请在信中说明投诉表要求提供的所有信息。填写完毕后，请将表格或信函邮寄到 U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410，或传真至 202-690-7442，或[发送电子邮件至 program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

听力残疾、听力障碍或语言障碍人士可通过 Federal Relay Service，电话号码为 800-877-8339 或 800-845-6136（西班牙语），与 USDA 联系。

更多有关 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 的信息，请拨打 USDA SNAP 热线电话 800-221-5689（西班牙语），或者致电各州信息/热线号码(查询各州热线号码请点击以下链接)。
http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

USDA 是均等机会供应商和雇主。

签名 – 参加者/授权代表	签字日期	日间电话号码
---------------	------	--------

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE