ÄNDERUNGSBERICHT FOODSHARE WISCONSIN
(Alle Mitglieder im Haushalt sind älter, blind oder behindert)

Wenn Sie FoodShare-Leistungen erhalten, müssen Sie innerhalb von 10 Tagen Änderungen mitteilen bei:

- Adresse und Unterbringungskosten,
- Einkommens- oder Beschäftigungsstatus oder
- Haushalt (jemand zieht bei Ihnen ein oder aus, wenn jemand heiratet, schwanger wird oder ein Kind zur Welt bringt).

Wenn eine solche Änderung eintritt, können Sie:

- dies online melden unter ACCESS.wi.gov oder
- diesen Bericht ausfüllen und ihn mailen oder faxen an:

Wenn Sie im Bezirk Milwaukee leben:

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

Wenn Sie nicht im Bezirk Milwaukee leben:

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

- Oder Sie können bei Ihrem örtlichen Amt anrufen oder den Bericht dorthin bringen. Sie halten Adresse und Telefonnummer Ihres örtlichen Amtes unter dhs.wi.gov/em/customerhelp oder durch einen Anruf bei 1-800-362-3002 oder 711 (Fernschreiber).

Wenn Ihnen dieser Bericht nicht ausreichend Raum für die Erläuterung der Änderung bietet, schreiben Sie die Informationen auf ein Blatt Papier und heften dieses an diesen Bericht.

Die Vorlage oder Beantragung einer Sozialversicherungsnummer (SVN) erfolgt freiwillig. Allerdings erhält niemand, der FoodShare-Leistungen erhalten möchte, diese Leistungen, wenn er keine SVN vorlegt oder diese beantragt. SVNs und persönliche Angaben werden nur für die direkte Verwaltung von FoodShare Wisconsin verwendet.

Falls Sie absichtlich Änderungen nicht mitteilen oder falsche Angaben machen, können Sie mit einem Bußgeld belegt werden, müssen alle FoodShare-Leistungen zurückzahlen, die Sie fälschlicherweise erhalten haben, können strafrechtlich verfolgt werden oder alles drei.

Dein Name	Fallnummer	Name Sozialarbeiter
-----------	------------	---------------------

ÄNDERUNG BEI ARBEISEINKOMMEN UND LÖHNEN

Neue Arbeitsstelle – 1

Sie müssen jede neue Einkommensquelle mitteilen und diese nachweisen. Beispiele für Nachweise sind Scheckabschnitte, ein Brief vom Arbeitgeber oder ein Formular Arbeitgebarnachweis über Verdienste (F-10146).

Name der Person mit neuem Job oder Einkommen	Stundenlohn \$	Stunden pro Woche
Arbeitgeber	Wie oft wird bezahlt?	Erstes Auszahlungsdatum

Neue Arbeitsstelle – 2

Name der Person mit neuem Job oder Einkommen	Stundenlohn \$	Stunden pro Woche
Arbeitgeber	Wie oft wird bezahlt?	Erstes Auszahlungsdatum

ÄNDERUNG BEI ANDEREM EINKOMMEN

Sie müssen Folgendes mitteilen:

- Neue Quelle anderen Einkommens,
- Änderung von mehr als \$100 pro Monat beim Kindesunterhalt oder
- Änderung von mehr als \$50 pro Monat bei anderen Arten von Einkommen aus Erwerbstätigkeit wie etwa Abfindungen, Arbeitslosenversicherung, Sozialversicherung oder Veteranenleistungen.

Name der Person, die Einkommen aus Erwerbstätigkeit erhält		Einkommensquelle
Einkommensänderung ☐ Ja ☐ Nein	Einkommensdatum geändert	Monatlicher Betrag \$

Name der Person, die Einkommen aus Erwerbstätigkeit erhält		Einkommensquelle
Einkommensänderung ☐ Ja ☐ Nein	Einkommensdatum geändert	Monatlicher Betrag \$

ADRESSÄNDERUNG ODER VERÄNDERUNG DER UNTERBRINGUNGSKOSTEN

Wenn Sie umziehen, müssen Sie Ihre neue Adresse mitteilen, ebenso die Erhöhung oder Verminderung Ihrer Miete oder Hypothekenzahlung oder Ihrer Abrechnungen von Versorgungsunternehmen (Gas, Strom, Wasser usw.)

Neue Adresse – Straße	Stadt	Staat	Postleitzahl
Neue Telefonnummer (einschließlich Vorwahl)		Änderungsdatum	

MIETÄNDERUNG

Wohnen Sie in einer Sozialwohnung? ☐ Ja ☐ Nein		Neuer monatlicher Mietzins \$	
Name des Vermieters		Telefonnummer des Vermieters (einschließlich Vorwahl)	
Adresse des Vermieters – Straße	Stadt	Staat	Postleitzahl
Liste der Nebenkosten, die Sie bezahlen müssen			

ÄNDERUNG BEI HYPOTHEKEN

Neuer monatlicher Hypothekenbetrag \$	Liste der Nebenkosten, die Sie bezahlen müssen
Falls diese nicht in der Hypothek inbegriffen ist, listen Sie den monatlichen Betrag der Grundsteuer auf \$ _____ Versicherung \$ _____	

ÄNDERUNG IM HAUSHALT

Sie müssen melden, falls jemand:

- in Ihrem Haushalt ein- oder auszieht
- heiratet
- schwanger wird
- ein Baby zur Welt bringt (einschließlich Informationen zur Gebärenden und dem Neugeborenen)

Name(n)	Sozialversicherungsnummer(n) (SVN)	
Geburtsdatum	Beziehung zu Ihnen	Änderungsdatum
Beschreiben Sie die Änderung		

ÄNDERUNG BEI UNTERHALT FÜR KINDER

Sie müssen alle Änderungen der gesetzlichen Verpflichtung eines Haushaltsmitglieds zur Zahlung von Kindesunterhaltung mitteilen.

Name der Person, die gerichtlich zur Zahlung von Kindesunterhalt verpflichtet wurde	Gerichtsbeschlussnummer
Beschluss zur Höhe des monatlichen Kindesunterhalts \$	Datum des Gerichtsbeschluss oder der Beschlussänderung

ANDERE ÄNDERUNGEN?

Melden Sie alle anderen Änderungen, die Ihre Berechtigung beeinflussen könnten. Beispiele für andere Änderungen sind etwa, dass jemand behindert wird oder sich von einer Behinderung erholt, dass jemand die Schule verlässt, Auslagen für Medikamente hat usw. Geben Sie das Änderungsdatum mit an.

--

Erwarten Sie, dass die in diesem Formular gemeldeten Änderungen auch im nächsten Monat vorliegen werden?

Ja Nein Falls nicht, erläutern Sie dies bitte.

STRAFANDROHUNG DURCH FOODSHARE WISCONSIN

Jedes Mitglied Ihres Haushalts, das absichtlich eine der folgenden Regeln verletzt, kann nach der ersten Verletzung für 12 Monate, nach der zweiten Verletzung für 24 Monate oder für die erste Verletzung, wenn staatlich kontrollierte Substanzen beteiligt sind, und dauerhaft nach der dritten Verletzung von FoodShare Wisconsin ausgeschlossen werden.

- Falsche Angaben oder Informationen zurückhalten, um FoodShare-Leistungen zu erhalten oder weiterhin zu erhalten,
- Handel, Verkauf oder Veränderung von FoodShare-Leistungen,
- Nutzung von FoodShare-Leistungen, um Nonfood-Artikel wie Alkohol oder Tabak zu kaufen oder
- Nutzung der FoodShare-Leistungen einer anderen Person, die Ausweiskarten oder andere Dokumentation.

Abhängig vom Wert des missbräuchlich genutzten Leistungen kann eine Einzelperson auch mit einer Geldstrafe von bis zu \$250.000, einer Inhaftierung von bis zu 20 Jahren oder beidem belegt werden. Ein Gericht kann eine Einzelperson zudem weitere 18 Monate vom Programm ausschließen. Sie werden auch dauerhaft ausgeschlossen, wenn Sie wegen des Handels mit FoodShare-Leistungen von mindestens \$500 verurteilt werden. Sie sind 10 Jahre lang nicht für die Teilnahme an FoodShare Wisconsin berechtigt, wenn sich herausstellt, dass Sie betrügerische Erklärungen oder Angaben hinsichtlich Identität oder Wohnort gemacht haben, um gleichzeitig mehrere Leistungen zu erhalten. Flüchtige Straftäter und Straftäter, die Bewährungsaufgaben verletzt haben, sind nicht zur Teilnahme am Programm berechtigt. Einer Einzelperson kann auch weitere Strafverfolgung gemäß anderer geltender Bundesgesetze drohen.

Ausgaben: Ich verstehe, dass von mir angegebene Ausgaben wie Unterbringung, Nebenkosten, Kinderbetreuung, Kindesunterhalt oder medizinischen Kosten die Höhe der FoodShare-Leistungen, die mein Haushalt erhält, beeinflussen kann. Ich verstehe, dass fehlende Meldung oder fehlender Nachweis einer Ausgabe bedeutet, dass ich keinen Abzug für diese Ausgabe möchte.

Einkommensverringering: Ich verstehe, dass ich keine Einkommensverringering bzw. keinen Einkommensverlust melden muss, obwohl sich Anspruch auf höhere FoodShare-Leistungen habe, wenn ich es melde. Ich verstehe, dass ich, solange ich keine Verringerung meines monatlichen Haushaltseinkommens oder den Verlust eines Haushaltseinkommens melde, keine sich daraus ergebende Erhöhung meiner FoodShare-Leistungen erhalte.

Ich verstehe, dass Strafen für die Zurückhaltung von Informationen oder die Tätiung falscher Angaben drohen. Ich verstehe auch, dass ich alle erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss, da ich die Veränderung meiner Umstände nicht vollständig gemeldet habe. Ich stimme zu, Nachweise für alle Änderungen zu erbringen, wenn ich danach gefragt werde. Meine Antworten in diesem Formular sind richtig und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen.

Mithilfe Ihrer SSN können Regierungsbehörden wie die Steuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS), die Sozialversicherungsverwaltung (SSA) und das Ministerium für Arbeitsmarktentwicklung (Department of Workforce Development) sowie das Schulesenprogramm Ihre Angaben einer Computerprüfung unterziehen. Sozialversicherungsnummern werden zur Überprüfung der Identität der Haushaltsmitglieder zu überprüfen und das Einkommen aus Quellen wie Arbeitgeber, Banken oder anderen Parteien zu verifizieren.

GLEICHBEHANDLUNG

Das US- Department of Agriculture verbietet die Ungleichbehandlung von Kunden, Mitarbeitern und Arbeitssuchenden aufgrund von Ethnie, Farbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung, Geschlecht, Geschlechtsidentität, Religion, Vergeltung und gegebenenfalls politischen Überzeugungen, Personenstand, Familien- oder Elternstand, sexueller

Orientierung oder wenn das gesamte persönliche Einkommen oder ein Teil davon aus staatlicher Unterstützung stammen oder durch genetische Informationen am Arbeitsplatz oder in einem Programm oder bei einer Aktivitäten, die vom Ministerium durchgeführt oder finanziert werden. (Nicht alle verbotenen Gründe gelten für alle Programme und/oder Beschäftigungsaktivitäten.)

Wenn Sie eine bürgerrechtliche Beschwerde wegen Diskriminierung einreichen möchten, füllen Sie bitte den Beschwerdebogen zu Diskriminierung des USDA-Programms aus, der online unter ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html oder in jedem USDA-Büro erhältlich ist, oder fordern Sie das Formular unter (866) 632-9992 telefonisch an. Sie können auch einen Brief schreiben, der alle im Formular angefragten Informationen enthält. Senden Sie Ihr ausgefülltes Beschwerdeformular oder den Brief an das US- Ministerium für Landwirtschaft: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, per Fax an (202) 690-7442 oder per E-Mail an program.intake@usda.gov.

Taube oder schwerhörige Personen oder Personen mit Sprachbehinderungen können die USDA über den Federal Relay Service (Bundesübertragungsdienst) unter (800) 877-8339 oder (800) 845-6136 (Spanisch) anrufen.

Für weitere Informationen zu Problemen mit dem Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) kann entweder die USDA SNAP Hotline unter (800) 221-5689, die auch auf Spanisch antwortet, angerufen werden oder eine der stattlichen Informations- / Hotlinenummer (klicken Sie auf den Link zur Anzeige der nach Staaten geordneten Hotline-Liste), die online zu finden sind unter http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Die USDA ist ein Dienstleister und Arbeitgeber, der Chancengleichheit bietet.

Unterschrift – Teilnehmer/Bevollmächtigter Vertreter	Datum der Unterschrift	Telefonnummer tagsüber
---	------------------------	------------------------

AUSGEFÜLLTES FORMULAR IN DER FALLAKTE AUFBEWAHREN