WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Health Care Access and Accountability
F-16006R (06/13)

CHG

ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ДЛЯ ПРОГРАММЫ FOODSHARE WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN CHANGE REPORT
(Все члены семьи пожилые люди, лишены зрения или имеют ограниченные возможности)

Если Вы получаете льготы по программе продовольственных льгот FoodShare, Вы должны в течение десяти дней сообщить о любых изменениях, касающихся Ваших:

- адреса и расходов на жилье,
- дохода или статуса занятости
- членов семьи (кто-то стал жить с вами или отдельно, кто-то вступил в брак, забеременел или родил ребенка).

Если такие изменения имели место, Вы можете:

- Сообщить об этом по Интернету на сайте ACCESS.wi.gov или
- Заполнить этот отчет и направить его почтой или факсом на адрес:

Если Вы живете в округе Milwaukee:	Если Вы не живете в округе Milwaukee
MDPU PO Box 05676 Milwaukee WI 53205 Факс: 1-888-409-1979	CDPU PO Box 5234 Janesville, WI 53547-5234 Факс: 1-855-293-1822

- Или Вы можете позвонить или отнести отчет в Ваше местное агентство. Адрес и телефон местного агентства можно узнать на сайте: dhs.wi.gov/em/customerhelp или позвонив по телефону: 1-800-362-3002 или 711 (TTY).

Если в этом отчете не хватит места, чтобы объяснить изменения, запишите информацию на листе бумаги и приложите к этому отчету.

Вы не обязаны указывать номер социального обеспечения Social Security Number (SSN) или подавать заявку на его получение; в то же время, любой человек, который хочет получать льготы по программе FoodShare, но не указывает свой SSN или не подает заявку на его получение, не сможет воспользоваться этими льготами. Номера SSN и персональные данные будут использоваться только непосредственно для работы программы FoodShare Wisconsin.

Если Вы намеренно не сообщите об изменениях или предоставите ложную информацию, Вас могут оштрафовать, заставить возместить льготы FoodShare, которые Вы получили незаконно, преследовать в судебном порядке или применить все три меры.

Ваше имя	Номер дела	Имя работника

ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОЧЕМ ДОХОДЕ ИЛИ ЗАРПЛАТЕ
Новая работа - 1

Вы должны сообщить о любом новом источнике трудового дохода и привести его доказательство. Примерами доказательства служат корешки чеков, письмо от работодателя или форма подтверждения заработка работодателем «Employer Verification of Earnings» (F-10146).

Имя человека, имеющего новую работу или доход	Почасовая ставка $	Кол-во часов в неделю
Работодатель	Как часто производится оплата	Первый день выдачи зарплаты

Federal Law 7CFR273.12(b)

Новая работа - 2

Имя человека, имеющего новую работу или доход	Почасовая ставка $	Кол-во часов в неделю
Работодатель	Как часто производится оплата	Первый день выдачи зарплаты

ИЗМЕНЕНИЕ В ДРУГИХ ДОХОДАХ

Вы должны сообщать о любом:

- новом источнике другого дохода,
- изменении в доходе от алиментов на ребенка в размере более $100 в месяц или
- изменении в доходе в размере более $50 в месяц от других видов нетрудового дохода, таких как Worker's Compensation (пособие по нетрудоспособности), Unemployment Insurance (страхование от безработицы), Social Security (социальное обеспечение) или Veterans benefits (льготы демобилизованным военнослужащим).

Имя человека, получающего нетрудовой доход		Источник дохода
Доход изменился ☐ Да ☐ Нет	Дата изменения дохода	Ежемесячная сумма $

Имя человека, получающего нетрудовой доход		Источник дохода
Доход изменился ☐ Да ☐ Нет	Дата изменения дохода	Ежемесячная сумма $

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА И ВЫТЕКАЮЩИЕ ИЗ ЭТОГО ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ НА ЖИЛЬЕ

Если Вы переехали, Вы должны сообщить свой новый адрес и сообщить об увеличении или сокращении арендной платы или взноса по ипотечному кредиту или коммунальных расходов (газ, электричество, вода и т.д.).

Новый адрес – Улица, дом, квартира	Город	Штат	Почтовый индекс
Новый номер телефона (включая код города)		Дата изменения	

ИЗМЕНЕНИЯ В АРЕНДНОЙ ПЛАТЕ

Вы участвуете в программе субсидируемого жилья? ☐Да ☐ Нет	Новая сумма ежемесячной арендной платы, $		
Имя домовладельца	Номер телефона домовладельца (включая код города)		
Адрес домовладельца – Улица, дом, квартира	Город	Штат	Почтовый индекс
Перечислите коммунальные услуги, которые Вы оплачиваете			

ИЗМЕНЕНИЕ ВЗНОСА ПО ИПОТЕЧНОМУ КРЕДИТУ

Новая месячная сумма взноса ипотечного кредита, $	Перечислите коммунальные услуги, которые Вы оплачиваете
Если эта сумма не входит во взнос по ипотечному кредиту, укажите ежемесячный размер Налога на недвижимость $ _____ Страховки $ _____	

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕМЬЕ

Вы должны сообщить, если кто-то:

- стал жить вместе с Вашей семьей или стал жить отдельно
- вступил в брак
- забеременел
- родил ребенка (включите данные о том, кто родил ребенка, и о новорожденном)

Имя (имена)		Social Security Number(s) (SSN) – номер(а) социального обеспечения
Дата рождения	Кем приходится Вам	Дата изменения
Опишите изменение		

ИЗМЕНЕНИЯ В АЛИМЕНТАХ НА РЕБЕНКА

Вы должны сообщить о любых изменениях в юридических обязательствах кого-то из членов Вашей семьи, связанных с выплатой алиментов на ребенка.

Имя человека, обязанного судом выплачивать алименты на ребенка	Номер судебного решения
Размер обязательных ежемесячных алиментов на ребенка, $	Дата вынесения или изменения судебного решения

ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ?

Сообщите о любых других изменениях, которые могут повлиять на Ваше право участия в программе. Примером других изменений может служить потеря или восстановление трудоспособности, отчисление из учебного заведения, наличные медицинские расходы, др. Укажите дату изменения.

Вы думаете, что изменения, о которых сообщается в этой форме, останутся такими же в следующем месяце?

☐ Да ☐ Нет. Если нет, поясните

Расходы: Я понимаю, что расходы, о которых я сообщаю, такие как расходы на жилье, коммунальные услуги, уход за ребенком, алименты на ребенка или медицинские расходы, могут повлиять на уровень льгот FoodShare, которые получает моя семья. Я понимаю, что несообщение или неподтверждение расходов означает, что я не хочу получать компенсации на эти расходы.

Снижение дохода: Я понимаю, что не обязан(а) сообщать о сокращении или потере дохода; в то же время, если я сообщу об этом, я могу получить больше льгот по программе FoodShare. Я понимаю, что пока я не сообщу о снижении месячного дохода моей семьи или о потере любого дохода семьи, я не получу вытекающего из этого повышения льгот по программе FoodShare.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПО ПРОГРАММЕ FOODSHARE WISCONSIN

Любой член Вашей семьи, который намеренно нарушит любое из следующих правил, может быть лишен льгот по программе FoodShare Wisconsin на период 12 месяцев после первого нарушения, 24 месяца после второго нарушения или первого нарушения, связанного с контролируемым веществом, или навсегда после третьего нарушения:

- **Предоставление ложной информации или сокрытие информации для получения или продолжения получения льгот по программе FoodShare,**
- **Обмен, продажа или подделка льгот FoodShare,**
- **Использование льгот FoodShare для покупки непищевых товаров, таких как алкоголь или табачные изделия, или**
- **Использование принадлежащих другому человеку льгот, идентификационных карт или другой документации, связанной с FoodShare.**

В зависимости от величины незаконно использованных льгот, нарушитель также может быть оштрафован на сумму до 250000 долларов, лишен свободы на срок до 20 лет или понести оба наказания. Суд также может лишить человека права на участие в программе на дополнительные 18 месяцев. Вы навсегда потеряется право на льготы, если будете осуждены за незаконные сделки со льготами FoodShare на сумму 500 долларов и выше. В случае, если обнаружится, что Вы представили ложное заявление или сведения в отношении своей личности и места проживания, чтобы получать несколько льгот одновременно, Вы будете лишены права на участие в программе на 10 лет. Преступники, скрывающиеся с места преступления, и лица, нарушающие условия условного или досрочного освобождения, не имеют права на участие в программе. Эти лица также могут быть привлечены к судебному преследованию по другим действующим федеральным законам.

Я понимаю, что за сокрытие информации или предоставление ложной информации предусмотрено наказание. Я также понимаю, что обязан(а) буду возместить все полученные мною льготы, если не сообщу полностью об изменениях в моей жизни. Я согласен(на) предоставить доказательство любых изменений, если меня об этом попросят. Мои ответы на вопросы данной формы содержат правильную и полную информацию, основанную на имеющихся у меня сведениях.

Ваш SSN позволяет выполнить компьютерную проверку Вашей информации в таких государственных ведомствах, как Internal Revenue Service (IRS) (Федеральная налоговая служба), Social Security Administration (SSA) (Администрация социального обеспечения) и Department of Workforce Development (Департамент трудовых ресурсов), а также School Lunch Program (Программа школьных обедов). Номера Social Security также используются для проверки личности членов семьи и для подтверждения дохода с помощью таких источников, как работодатели, банки и другие организации.

НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Department of Health Services (DHS) (Департамент здравоохранения) является организацией, предоставляющей равные возможности при найме и оказании услуг. Если у Вас ограниченные возможности и Вам нужно представить эту информацию в альтернативном виде или переведенной на другой язык, пожалуйста, позвоните по телефону (608) 266-3356 (голосовой) или (888) 701-1251 (TTY).

U.S. Department of Agriculture (Департамент сельского хозяйства США) запрещает проявление дискриминации в отношении своих заказчиков, работников и кандидатов на работу на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, ограниченных возможностей, пола, гендерной идентичности, религии, репрессий и, где применимо, политических убеждений, семейного положения, наличия родных или приемных детей, сексуальной ориентации, факта получения всего или части дохода от любой программы социальной помощи, или защищенных генетической информацией на работе или в любой программе или деятельности, осуществляемой или финансируемой Департаментом. (Не все подпадающие под запрет основания распространяются на все программы и(или) виды занятости).

Если Вы хотите подать жалобу на дискриминацию по Civil Rights program (программе гражданских прав), заполните форму USDA Program Discrimination Complaint Form на сайте ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или в любом офисе USDA или позвоните по телефону (866) 632-9992, чтобы заказать эту форму. Вы также можете написать письмо, содержащее всю информацию, о которой говорится в форме. Направьте нам заполненную форму или письмо с жалобой почтой на адрес: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, факсом по номеру: (202) 690-7442 или электронной почтой на: program.intake@usda.gov.

Лица, лишенные слуха или слабослышащие или имеющие ограниченные речевые возможности, могут обратиться в USDA через службу Federal Relay Service по телефону: (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (испанский). Любую другую информацию по вопросам, связанным с программой льготной покупки продуктов Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), можно получить либо по горячей линии USDA SNAP: (800) 221-5689 (также имеется линия для испаноговорящих), либо по номерам State Information/Hotline Numbers (служба информации/горячая линия штата) или прочитать на сайте: fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. USDA – организация, обеспечивающая равные права при оказании услуг и найме на работу.

ПОДПИСЬ – Участник/Уполномоченный представитель	Дата подписания	Номер телефона для связи в дневное время **( )**

КОПИЮ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ ХРАНИТЬ В ДЕЛЕ

Reset Form