

التسجيل في برنامج FOODSHARE بولاية ويسكونسن
FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج للوصول لنموذج هذا الطلب بصيغة مختلفة أو تحتاج لترجمته للغة أخرى، يرجى الاتصال بالوكالة التي تتبعها. للحصول على رقم هاتف الوكالة التي تتبعها، قم بزيارة www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm أو اتصل بـ "خدمات الأعضاء" على الرقم: 800-362-3002. تقدم خدمات الترجمة بدون مقابل.

بإمكانك أن تجعل شخصاً آخر بالغ يستكمل نموذج الطلب نيابة عنك. إذا توقفت مخصصاتك من FoodShare خلال الـ 30 يوماً الأخيرة، يجوز لك استكمال نموذج هذا الطلب أو الاتصال بالوكالة التي تتبعها لتعرف ما إذا كان يمكنك إعادة فتح مخصصاتك من FoodShare دون الحاجة لاستكمال هذا الطلب. إذا وجدناك مؤهلاً لبرنامج FoodShare، فستبدأ مخصصاتك من FoodShare منذ تاريخ استلام الوكالة التي تتبعها لطلبك. سوف نعالج طلبك في أسرع وقت ممكن خلال 30 يوماً كحد أقصى من تاريخ استلام الوكالة التي تتبعها لطلبك.

الاسم – مقدم الطلب (الاسم الأخير، الأول الأوسط)

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	تاريخ الميلاد (ضع رقمين لكل من الشهر/اليوم/العام – اختياري)	رقم الهاتف (اختياري)
عنوان الشارع		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
التوقيع – مقدم الطلب أو الممثل المفوض		تاريخ التوقيع (ضع رقمين لكل من الشهر/اليوم/العام)

خدمات FoodShare ذات الأولوية

إذا كنت بحاجة للمساعدة فوراً، فقد تتمكن من الحصول على مخصصات FoodShare خلال سبعة أيام من تقديم طلبك أو نموذج تسجيلك أو كليهما إذا صح أي مما يلي:

- لدى أسرتك 100 دولار أو أقل متاحة نقدًا أو في المصرف وتوقع أن تتلقى دخلاً أقل من 150 دولار هذا الشهر.
- تدين أسرتك بإيجار أو رهن عقاري أو تكاليف مرافق تزيد على المجموع الكلي لدخلك الشهري (المتاح نقدًا أو في حسابات مصرفية) لهذا الشهر.
- تتضمن أسرتك عاملاً مهاجرًا أو عاملاً في زراعة المحاصيل الموسمية توقف دخله.

أجب على الأسئلة التالية لتنظر في أمر تزويدك بخدمة أسرع.

ما هو المجموع الكلي الذي تتوقع أسرتك الحصول عليه هذا الشهر (قبل الضرائب والمستطعات الأخرى)؟	دولار _____
ما هو مجموع الأصول المتاحة لأسرتك (مثلًا النقد أو الأموال في حسابات جارية أو حسابات توفير أو دفعة مالية مجمعة)؟	دولار _____
ما هو مجموع المبلغ الذي تدفعه أسرتك لهذا الشهر مقابل الإيجار أو الرهن العقاري؟	دولار _____
هل تلقت أسرتك مخصصات من Wisconsin FoodShare هذا الشهر؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تسكن في ملجأ لضحايا العنف المنزلي حاليًا؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تلقت أسرتك مخصصات من Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (برنامج معونة التغذية التكميلية) – (قسائم الطعام، نقل إلكتروني للمخصصات) في ولاية أخرى هذا الشهر؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تتضمن أسرتك عاملاً مهاجرًا أو عاملاً في زراعة المحاصيل الموسمية توقف دخله مؤخرًا ولا يتوقع أن يتلقى دخلاً يزيد عن 25 دولارًا خلال الأيام الـ 10 المقبلة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

أجب عن الأسئلة التالية إذا كانت أسرتك مضطرة لدفع فواتير مرافق.

إذا كنت تدفع إيجارًا، هل يتضمن إيجارك تكاليف التدفئة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ضع علامة أمام المرافق المطلوب من أسرتك دفع تكاليفها، واختر "نعم" أو "لا" لتخبرنا ما إذا كانت تلك المرافق تستخدم لتدفئة بيتك.			
هل يُستخدم للتدفئة؟	هل يُستخدم للتدفئة؟		
<input type="checkbox"/> غاز (طبيعي)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> زيت وقود/ كبروسين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> الكهرباء	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> فحم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> غاز البروبان السائل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> خشب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ضع علامة أمام المرافق المطلوب من أسرتك دفع تكاليفها.			
<input type="checkbox"/> الهاتف	<input type="checkbox"/> المياه	<input type="checkbox"/> الصرف الصحي	<input type="checkbox"/> رفع القمامة
<input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> تركيبات	<input type="checkbox"/> أخرى:	

لك الحق في تقديم طلبك في أي وقت. لتحديد موعد رفع طلبك (وهو التاريخ الذي يمكن أن تبدأ فيه بتلقي مخصصاتك) يجب أن تقدم على الأقل اسمك وعنوانك وتوقيعك. ويمكنك بعد ذلك أن تستكمل طلبًا كاملاً عبر الإنترنت على access.wi.gov، أو عبر البريد العادي أو من خلال الفاكس أو الهاتف، أو بحضورك الشخصي.

ستحتاج لإجراء مقابلة لدى وكالتك سواء بحضورك الشخصي أو عبر الهاتف لإنهاء بقية طلبك.

قد يتوجب عليك تقديم دليل على بعض إجاباتك. انظر "الدلائل المطلوبة" للحصول على قائمة بالدلائل التي قد تحتاج لتقديمها إلينا.

أرسل الطلبات و/أو الدلائل أو الإثباتات عبر البريد العادي أو عبر الفاكس إلى:

إذا كنت لا تعيش في مقاطعة ميلواكي:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

إذا كنت تعيش في مقاطعة ميلواكي:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

أو عبر الفاكس: 855-293-1822

أو عبر الفاكس: 888-409-1979

كما يمكنك أيضًا استخدام المسح الضوئي وتحميل نسخة إلكترونية من المستندات عبر الإنترنت على access.wi.gov.

إذا رغبت في تقديم طلب لبرنامج BadgerCare Plus أو Medicaid، فيمكنك التقديم لبرنامج الرعاية الصحية هذين على access.wi.gov في نفس الوقت الذي تقدم فيه طلبك للحصول على مخصصات برنامج FoodShare. أو يمكنك استكمال الطلب الورقي للحصول على الرعاية الصحية. يمكن العثور على الطلبات عبر الإنترنت على www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm. أو يمكنك الحصول عليها بأن تتصل بالوكالة التي تتبعها.

معلومات مهمة عن برنامج FOODSHARE WISCONSIN

هذا طلب للحصول على مخصصات FoodShare فقط لا غير؛ فهو ليس طلبًا للانضمام لبرنامج BadgerCare Plus أو Family Planning Only Services (برنامج خدمات تنظيم الأسرة) أو Medicaid أو Wisconsin Shares Child Care Subsidy (برنامج الإعانة المالية "ويسكونسن تشارك في رعاية الطفل") أو Wisconsin Works (W-2). يمكنك تقديم طلب للانضمام لبرنامج BadgerCare Plus و Family Planning Only Services و Medicaid و Wisconsin Shares عبر الإنترنت على access.wi.gov في نفس الوقت الذي تقدم فيه طلبك للحصول على مخصصات برنامج FoodShare. يجب أن تتصل بالوكالة التي تتبعها لتقديم طلب الانضمام لبرنامج W-2.

برنامج FoodShare هو حق مكفول. لست مضطرًا لتقديم طلب لبرنامج W-2 أو لأي برامج أخرى لتتمكن من الحصول على مخصصات FoodShare. تتوفر مخصصات FoodShare لتساعد على الوفاء بالاحتياجات الغذائية للأسر منخفضة الدخل. عادةً ما تتألف الأسرة من أشخاص يعيشون سويًا ويتقاسمون الطعام. يعتمد مقدار ما تحصل عليه الأسرة من مخصصات FoodShare على حجم الأسرة ودخلها. تصدر مخصصات FoodShare على بطاقة Wisconsin QUEST والتي تستخدم كبطاقة للسحب المباشر في متاجر البقالة التي تقبل FoodShare.

لك الحق في أن تتلقى إخطارًا بوضع قيدك خلال 30 يومًا من تقديم طلبك. لك الحق في أن تتلقي مخصصات خلال سبعة أيام إذا كنت مؤهلًا للحصول على مساعدة فورية.

لك الحق في أن تُعامل باحترام وألا يتم التمييز ضدك بسبب عمرك أو نوعك أو عرقك أو لون بشرتك أو إعاقتك أو عقيدتك الدينية أو أصولك القومية أو آرائك السياسية.

أنت مسؤول عن:

- الإجابة عن كل الأسئلة الموجودة في الطلب بالكامل بصدق والتوقيع باسمك مقررًا بأن كل إجاباتك حقيقية وصحيحة تحت طائلة عقوبة شهادة الزور.
- تقديم دلائل على كل المعلومات المطلوبة لتحديد الأهلية.
- الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة خلال الإطار الزمني المحدد لك في الإخطار الذي تلقيته.
- عدم وضع مالك أو ممتلكاتك باسم شخص آخر لتتمكن من تلقي المخصصات.
- عدم بيع المخصصات أو المتاجرة بها أو وهبها.
- استخدام مخصصات FoodShare لشراء المواد المسموح بها فقط.

قد يفقد منتهكو قواعد FoodShare أهليتهم أو قد تُفرض عليهم الغرامات أو قد يتعرضون للسجن أو كل ما سبق.

تصريح عدم التمييز

وفقا لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المديرية لـ برامج الـ USDA ان تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج او نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA.

يتوجب على الاشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلا، لغة برييل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي ، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث قدموا للحصول على المنافع. يمكن للاشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية Federal Relay Service على هاتف (800) 877-8339. إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA، طلب رقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معنونة الى الـ USDA وزود الرسالة بجميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف (866) 632-9992. قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) بالفاكس على هاتف (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص

إخطار خطي

لك الحق في تلقي إخطار خطي من الوكالة التي تتبعها قبل اتخاذ أي إجراء لوقف مخصصاتك من FoodShare أو لخفضها. سنتلقى خطابًا قبل اتخاذ الإجراء بـ 10 أيام على الأقل وذلك بالنسبة لأغلب الإجراءات.

جلسة الانتصاف

لك الحق في جلسة انتصاف إذا كنت تعارض أي إجراء تتخذه الوكالة. يجوز لك أن تلتزم جلسة انتصاف شفهيًا بالاتصال على الرقم: 608-266-7709 أو بإرسال خطاب تلتزم فيه جلسة استماع إلى:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875
الفاكس: 608-264-9885

يجب أن نتلقى التماسك خلال 90 يومًا من تاريخ سريان الإجراء الذي اتخذته الوكالة التي تتبعها فيما يخص مخصصاتك من FoodShare، أما إذا كنت لا توافق على مقدار مخصصاتك من FoodShare، فيمكنك الالتماس في أي وقت، طالما أنك لا تزال في الفترة التي تتلقى فيها مخصصات.

يمكن تنزيل نموذج Request for Fair Hearing (التماس جلسة انتصاف) من www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm

إذا تلقت Division of Hearings and Appeals (إدارة الطعن وجلسات الاستماع) التماسك لعقد جلسة انتصاف قبل تاريخ سريان الإجراء، فلن يتم إيقاف أو تخفيض قيمة مخصصاتك من FoodShare، وذلك في أغلب الحالات. يمكنك أن تطلب استمرار مخصصاتك إلى حين اتخاذ قرار بشأن الطعن الذي قدمته على الأقل. إذا حدث أثناء ذلك تغيير آخر غير متعلق، فقد يطرأ تغيير في مخصصاتك من FoodShare. إذا حدث تغيير آخر سنتلقى خطابًا جديدًا. إذا كنت

غير راض عن قرار جلسة الانتصاف، فيمكنك الطعن وطلب عقد جلسة انتصاف أخرى. إذا قضى قرار جلسة الانتصاف بقطع مخصصاتك أو خفضها، فقد تضطر لرد أي مخصصات حصلت عليها أثناء نظر الطعن. ولك أن تطلب وقف استمرار تلقي المخصصات.

يجوز لك أن تمثل نفسك أو أن يمثلك محام أو صديق أو أي شخص آخر تختاره في جلسة الاستماع أو المشاورة. لا يمكننا دفع أتعاب محاميك. إلا أنه قد يتسنى لك الحصول على خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك. لمعرفة المزيد عن المساعدة القانونية المجانية، اتصل على الرقم: 888-278-0633.

إذا لم تحضر جلسة الاستماع أنت أو ممثلك دون سبب وجيه، فسيعتبر طعنك مهجورًا وستيم رفضه.

الوصي القانوني أو التوكيل

إذا كان لديك وصي قانوني أو توكيل لأحدهم، فيمكن لذلك الشخص أن يستكمل ويقدم هذه الاستمارة بالنيابة عنك. وعليه كذلك أن يقدم الوثائق التي تثبت صفته كوصي أو وكيل مع هذه الاستمارة.

الممثل المفوض

يمكنك أن تجعل "ممثلًا مفوضًا" يستكمل ويقدم هذه الاستمارة بالنيابة عنك. لتعيين ممثل مفوض، استكمل إما استمارة تعيين أو تغيير أو إزالة فرد كممثل مفوض [F-10126A [Appoint, Change, or Remove and Authorized Representative: Person] أو استمارة تعيين أو تغيير أو إزالة مؤسسة كممثل مفوض [F-10126B [Appoint, Change, or Remove and Authorized Representative: Organization]. إذا قدم ممثل مفوض معلومات خاطئة جرى استخدامها لتحديد مخصصاتك من FoodShare، فسوف تكون أنت أو ممثلك المفوض المسؤول عن أي أخطاء.

جمع المعلومات/ استخدام أرقام الضمان الاجتماعي/ المعلومات المعروفة للهوية

جمع هذه المعلومات، بما فيها رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، هو إجراء قانوني بموجب Food and Nutrition Act of 2008 (قانون الغذاء والتغذية لعام 2008) بصيغته المعدلة، الباب السابع من قانون الولايات المتحدة 2011 إلى 2036. سيجري استخدام المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو أنها لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج SNAP. سنتحقق من تلك المعلومات من خلال برامج حاسوبية للمطابقة. كذلك سيتم استخدام تلك المعلومات لرصد الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج.

سيتم استخدام المعلومات لتحديد ما إذا كان يمكن لأسرتك الحصول على المخصصات أو الاستمرار في الحصول عليها.

سنتحقق من المعلومات التي تقدمها لنا، وذلك من خلال برامج حاسوبية للمطابقة. وستستخدم تلك المعلومات أيضًا لرصد الامتثال لقواعد البرنامج وإدارة البرنامج.

قد نصح عن تلك المعلومات لوكالات أخرى فيدرالية أو تابعة للولاية بغرض الفحص الرسمي، وكذلك قد نصح عنها لمسؤولي الجهات الأمنية بغرض القبض على الهاربين من القانون.

إذا رُفعت مطالبة من برنامج SNAP ضد أسرته، فقد يتم تحويل المعلومات في هذا الطلب، بما فيها كل أرقام الضمان الاجتماعي إلى وكالات فيدرالية ووكالات تابعة للولاية، بالإضافة إلى الوكالات الخاصة التي تعمل في مجال تحصيل المطالبات؛ وذلك بغرض اتخاذ إجراء لتحصيل المطالبات.

تقديم المعلومات المطلوبة، بما فيها أرقام الضمان الاجتماعي لكل عضو من أعضاء أسرته، هو أمر طوعي. إلا أن عدم تقديمك لأي رقم من أرقام الضمان الاجتماعي سيؤدي لحرمان صاحبه من مخصصات SNAP. تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي المقدمة ويُفصح عنها تمامًا كأرقام الضمان الاجتماعي لأعضاء الأسرة المؤهلين للبرنامج.

لن نشارك رقم ضمانك الاجتماعي مع إدارة خدمات المواطنة والهجرة بالولايات المتحدة (USCIS)

وضع الهجرة

كي تتمكن من الحصول على مخصصات FoodShare لابد أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو أن تكون مؤهلاً للهجرة لدى USCIS. سيتم التحقق من وضع الهجرة لكل الأفراد المتقدمين للحصول على مخصصات FoodShare مع USCIS وقد يؤثر ذلك على القيد في برنامج FoodShare وعلى المخصصات المتلقاه من البرنامج. لن يتم التحقق من وضع الهجرة مع USCIS لأي فرد لم يتقدم للحصول على مخصصات FoodShare أو لمن يشير إلى أنه ليس لديه وضع هجرة يؤهله لدى USCIS. إلا أن الدخل الذي يتلقاه هؤلاء الأفراد قد يؤثر على القيد في برنامج FoodShare وعلى المخصصات المتلقاه من البرنامج.

مراجعة مراقبة الجودة

قد يختار Wisconsin Department of Health Services ملفك في برنامج FoodShare عشوائيًا ليخضع لمراجعة مراقبة الجودة. مراجعة مراقبة الجودة في برنامج FoodShare هي مراجعة لملفك لدى برنامج FoodShare للتأكد من أن الوكالة التي قيدت في برنامج FoodShare قد أصدرت

مخصصاتك على نحو سليم وأنها تتبع القواعد التي وضعتها الحكومة الفيدرالية. ينص القانون الفيدرالي على ضرورة التزامك بالتعاون مع مراجعة مراقبة الجودة. إن لم تقدم المعلومات المطلوبة ولم تتعاون مع المراجعة، فقد يتم إغلاق ملفك في برنامج FoodShare. وإن حدث ذلك، سوف نخبرك بالمدّة التي قد يظل فيها ملفك مغلقًا.

متطلبات التسجيل للعمل للأفراد من سن 16 عامًا وحتى 59 عامًا

ينبغي تسجيل كل من هم في سن الـ 16 عامًا وحتى 59 عامًا من أعضاء برنامج FoodShare وكل المتقدمين للبرنامج للحصول على عمل مالم يُعتبروا معفيين. سيتم تسجيلك للحصول على عمل في نفس الوقت الذي تتحدد فيه أهليتك لبرنامج FoodShare مالم ينطبق عليك أحد شروط الإعفاء.

تنطبق شروط الإعفاء من متطلبات التسجيل للحصول على عمل إذا كان أي مما يلي صحيحًا:

- كنت تبلغ 16 عامًا أو 17 عامًا من العمر ولست الشخص الرئيسي في مجموعة FoodShare.
- كنت تبلغ 16 عامًا أو 17 عامًا من العمر وأنت الشخص الرئيسي في مجموعة FoodShare لكنك ملتحق بمدرسة أو أنك في برنامج توظيف وتدريب بنصف دوام على الأقل.
- اتضح أنك غير لائق للعمل. ينطبق هذا إذا:
 - كنت تحصل على مخصصات من الحكومة أو من مصدر خاص مؤقتة أو دائمة بسبب الإعاقة .
 - وجدت الوكالة التي تتبعها أنك غير قادر على العمل نفسيًا أو بدنيًا.
 - ثبت أنك غير قادر على العمل من خلال إفادة صادرة عن أحد ممتثني الرعاية الصحية أو أخصائي اجتماعي.
- كنت مقيّدًا في برنامج W-2 وتمتثل لمتطلبات العمل به.
- كنت مقدم الرعاية الأساسي لطفل مُعالٍ عمره أقل من 6 أعوام (سواءً أكان الطفل يعيش في بيتك أو خارجه). إلا أنه إذا كنت أنت وشخص آخر تملكان الرقابة الأبوية على الطفل، فلا يمكن إعفاء سوى أحدكما من متطلبات التسجيل للحصول على عمل باعتباره مقدم الرعاية الأساسي لذلك الطفل.
- كنت أنت مقدم الرعاية الأساسي لشخص آخر لا يمكنه رعاية نفسه (سواءً أكان الشخص يعيش في بيتك أو خارجه).
- سبق أن قدمت طلبًا للحصول على تعويضات البطالة أو تتلقاها حاليًا.
- كنت تشارك بانتظام في برنامج علاج الإدمان على الكحول أو على مخدر آخر أو برنامج لإعادة التأهيل.
- كنت تعمل لـ 30 ساعة أو أكثر أسبوعيًا أو تكسب أجرًا يساوي 30 ساعة أو أكثر أسبوعيًا بأجر يساوي الحد الفيدرالي الأدنى للأجور.
- كنت مسجلًا بنصف دوام على الأقل في مدرسة أو برنامج تدريبي أو معهد للتعليم العالي معترف به.

قد تحتاج لتقديم دليل للوكالة التي تتبعها إذا استوفيت أحد شروط الإعفاء تلك. رغم ضرورة التسجيل للحصول على عمل، إلا أن المشاركة في برنامج للعمل طوعية.

عقوبة شرط التسجيل للحصول على عمل

إذا لم تمتثل لمتطلبات التسجيل للحصول على عمل ولم تفي بأحد شروط الإعفاء، فلن تتمكن من الحصول على مخصصات FoodShare لفترة محددة كعقوبة. يتضمن هذا قيامك بأي مما يلي طوعًا ودون سبب وجيه:

- رفضك لعرض عمل مناسب
- استقالتك من وظيفة تعمل فيها لمدة 30 ساعة أو أكثر أسبوعيًا (أو وظيفة أجرها يساوي 30 ساعة عمل في الأسبوع وفقًا للحد الأدنى الفيدرالي للأجور).
- خفضك لساعات عملك لتصبح أقل من 30 ساعة أسبوعيًا (أو أجرك ليصبح أقل من حاصل ضرب 30 في الحد الأدنى للأجور الفيدرالي).
- المشاركة في برنامج W-2 دون الوفاء بمتطلبات العمل به.
- الحصول على مخصصات بطالة أو تقديم طلب للحصول عليها دون استيفاء متطلبات العمل ببرنامج تعويض البطالة.

إذا انتقلت أثناء فترة العقوبة المفروضة عليك لأسرة أخرى مشاركة في برنامج FoodShare فسوف تنتقل معك بقية فترة العقوبة المفروضة عليك إلى تلك الأسرة. فترة العقوبة هي:

- شهر واحد للعقوبة الأولى.
- ثلاثة أشهر للعقوبة الثانية.
- ستة أشهر للعقوبة الثالثة أو العقوبات التالية.

يمكنك إنهاء فترة العقوبة مبكرًا إذا انطبق عليك أحد شروط الإعفاء من متطلبات التسجيل للحصول على عمل.

ستحتاج لتقديم طلب جديد لبرنامج FoodShare إذا أردت الحصول على مخصصات بعد انتهاء فترة العقوبة. إذا كنت أحد أفراد مجموعة في برنامج FoodShare، فيجب عليك أن تخطر العامل القائم على ملفك لتحديث ملفك بدلًا من أن تضطر لتقديم طلب جديد.

متطلبات العمل للبالغين القادرين على العمل من سن 18 عامًا وحتى 49 عامًا

لا يجوز لبعض البالغين من سن 18 عامًا وحتى 49 عامًا الذين لا يعيشون مع أطفال قُصّر الحصول على مخصصات FoodShare إلا لفترة محدودة مدتها ثلاثة أشهر خلال 36 شهرًا (ثلاثة أعوام) مالم يفوا بمطلب العمل ببرنامج FoodShare أو مالم يُعتبروا معفيين. ويختلف مطلب العمل هذا عن مطلب التسجيل للعمل.

هناك ثلاث طرق لاستيفاء مطلب العمل:

1. العمل لمدة 80 ساعة على الأقل كل شهر.
 2. المشاركة في برنامج عمل مسموح به لمدة 80 ساعة على الأقل كل شهر، مثل:
 - برنامج التوظيف والتدريب لدى FoodShare (FSET)
 - برنامج W-2.
 - برامج معينة بموجب "قانون الابتكار والفرص للقوى العاملة" (WIOA)
 3. العمل والمشاركة في برنامج عمل مسموح به ليصبح المجموع الكلي للساعات 80 ساعة على الأقل كل شهر.
- سوف تحصل على معلومات حول برنامج FSET إذا كنت مسجلًا في FoodShare.

قد تكون معفى بحيث لا تحتاج لاستيفاء مطلب العمل إذا كان أي مما يلي صحيحًا:

- أنت تعيش مع طفل تحت سن الـ 18 عامًا وهو أحد أفراد نفس الأسرة المسجلة في برنامج FoodShare.
- أنت مقدم الرعاية الأساسي لطفل مُعال عمره أقل من 6 أعوام (سواء أكان الطفل يعيش في بيتك أو خارجه).
- أنت مقدم الرعاية الأساسي لشخص لا يمكنه رعاية نفسه (سواء أكان الشخص يعيش في بيتك أو خارجه).
- أنت غير قادر على العمل بدنيًا أو نفسيًا. يشمل هذا كونك مشردًا بشكل مزمن.
- أنت امرأة حُبلى.
- أنت تتلقى تأمينًا ضد البطالة أو تقدمت بطلب للحصول عليه.
- أنت تشارك في برنامج لعلاج الإدمان على الكحول أو على مخدر آخر أو برنامج لإعادة التأهيل.
- أنت مسجل في معهد للتعليم العالي بنصف دوام على الأقل.
- أنت تبلغ 18 عامًا من العمر أو أكثر وتواظب على الذهاب إلى مدرسة ثانوية بنصف دوام على الأقل.

JOB CENTER (مركز الوظائف)

Job Center متاح لك. **Job Center** هو أكبر مصدر لفرص العمل في ولاية ويسكونسن. قم بزيارة موقع **Job Center** على jobcenterofwisconsin.com، أو يمكنك استخدام الحواسيب المزودة بشاشات اللمس في مركز الوظائف المحلي في منطقتك. لتعثر على مركز للوظائف بالقرب منك، اتصل على الرقم: 888-258-9966 (رقم مجاني)

التحقق بالحاسوب

تخضع المعلومات الموجودة في طلبك للتحقق عبر نظام للولاية للتحقق من الدخل والأهلية. إذا كنت تعمل، فسوف يتم التحقق من دخلك وأجرِك من العمل الذين أبلغت عنهما من خلال الحاسوب ومقارنتهما بالأجر الذي يبلغ به رب عملك لـ **Department of Workforce Development**. كذلك يتم الاتصال بكل من **IRS** و **Social Security Administration** (إدارة الضمان الاجتماعي) و **Unemployment Insurance Division** (إدارة التأمين ضد البطالة) بشأن أي دخل أو أصول قد تملكها. قد تؤثر المعلومات المتلقاة من تلك الوكالات على تسجيل أسرتك أو على مقدار المخصصات أو كلاهما.

إذا اتضح أن أي معلومة قدمتها كانت غير صحيحة، فقد يتم حرمانك من مخصصات FoodShare و/أو قد تخضع للمحاكمة الجنائية لتعمدك تقديم معلومات غير صحيحة. يجب أن تسدد أي مخصصات حصلت عليها إذا قدمت معلومات غير صحيحة. إذا رُفعت مطالبة من برنامج FoodShare ضد أسرتك، فقد يتم تحويل المعلومات الموجودة في الطلب، بما فيها كل أرقام الضمان الاجتماعي، إلى وكالات فيدرالية ووكالات تابعة للولاية، بالإضافة إلى الوكالات الخاصة التي تعمل في مجال التحصيل؛ وذلك بغرض اتخاذ إجراء لتحصيل المطالبات.

تحذير عقوبة FOODSHARE

قد يتم حظر أي عضو من أعضاء أسرتك تعمد انتهاك أي من القواعد التالية من برنامج FoodShare لمدة 12 شهرًا بعد المخالفة الأولى، أو 24 شهرًا بعد المخالفة الثانية أو بعد المخالفة الأولى إذا كانت متعلقة بعقوبات خاضعة للرقابة، وحظر دائم في المخالفة الثالثة.

- تقديم معلومات غير صحيحة أو إخفاء معلومات للحصول على مخصصات FoodShare أو للاستمرار في الحصول عليها.
- المتاجرة بمخصصات FoodShare أو بيعها.
- تعديل البطاقات للحصول على مخصصات لا يحق لك تلقيها.
- استخدام مخصصات FoodShare لشراء مواد غير غذائية مثل الكحول أو التبغ.
- استخدام مخصصات شخص آخر من برنامج FoodShare أو بطاقات هويته أو وثائق أخرى تخصه.

يمكن أيضًا أن يتم تغريمك بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار أو سجنك لمدة تصل إلى 20 سنة، أو كلاهما، حسب قيمة المخصصات التي أسيء استخدامها. يمكن أيضًا للمحكمة أن تحظر عليك المشاركة في FoodShare Wisconsin لمدة 18 شهرًا إضافية. ستكون غير مؤهل بصفة دائمة إذا تمت إدانتك بتهريب مخصصات FoodShare بقيمة 500 دولار أو أكثر. لن تتمكن من المشاركة في FoodShare Wisconsin لمدة 10 سنوات إذا اتضح أنك قدمت إفادة احتيالية أو تمثيلًا احتياليًا فيما يتعلق بالهوية ومقر الإقامة كي تتلقى مخصصات متعددة في نفس الوقت. لن يتمكن المجرمون الفارون ومنتهكو فترات المراقبة وإطلاق السراح المشروط من المشاركة في برنامج FoodShare Wisconsin. كذلك قد تكون عرضة للمزيد من الدعاوى القضائية بموجب قوانين فيدرالية أخرى سارية.

إذا تاجرت بمخصصات FoodShare (شراءً أو بيعًا) مقابل عقاقير خاضعة للمراقبة أو مخدرات ممنوعة، فسوف يتم حظرك من برنامج FoodShare لمدة سنتين في المرة الأولى وبصفة دائمة في المرة الثانية. إذا تاجرت في الأسلحة النارية (شراءً أو بيعًا) أو الذخيرة أو المتفجرات، فسوف يتم حظرك بشكل دائم من FoodShare Wisconsin.

ضرورة تقديم دليل

لا يمكن البت في التسجيل ببرنامج FoodShare حتى تقدم دليلًا على إجابات معينة. تبين لك القائمة أدناه أي الدلائل المطلوبة وبعض العناصر التي يمكنك استخدامها.

- إذا أجريت مقابلتك في الوكالة، يرجى إحضار أكبر قدر يمكنك إحضاره من عناصر الإثبات من القائمة أدناه.
 - إذا أجريت مقابلتك عبر الهاتف، فسوف تصلك قائمة بما ستحتاج تقديم دليل عنه بعد انتهاء المقابلة الهاتفية.
- إن لم تكن قادرًا على الحصول على العناصر التي تحتاجها، فأخبر الوكالة التي تتبعها بتلك العناصر وستتمكن الوكالة من مساعدتك. قد يُطلب منك تقديم دليل عن عناصر غير مدرجة أدناه. إذا حصل ذلك، فسترسل الوكالة التي تتبعها إليك قائمة بما يلزم من أدلة.

الهوية	الدخل المكتسب	المصادر الأخرى للدخل
• رخصة القيادة	• كل كعوب الشيكات المتلقاة خلال الـ 30 يومًا الأخيرة	(مثلًا: تأمين بطالة، تأمين إعاقة، ضمان اجتماعي، معاش تقاعد، مخصصات المحاربين القدامى، مخصصات عسكرية)
• شهادة الميلاد	• إفادة وقعها رب عمل تتضمن الأجر الكلي وتواريخ الدفع المتوقعة خلال الـ 30 يومًا المقبلة	• خطاب منحة
• جواز السفر أو بطاقة مواطنة أمريكية	• نموذج "إثبات رب العمل للأجر" (Employer Verification of Earnings)	• نسخة عن آخر شيك
• شيك بالأجر		
• هوية موظف		
• سجل مستشفى		

قد تكون العناصر التالية مطلوبة للحصول على اعتماد.

تكاليف السكن وفواتير المرافق	نفقة الأطفال
• إيصال الإيجار الحالي وعليه اسم مالك العقار وهاتفه	(متلقاة أو مدفوعة في ولاية أخرى غير ويسكونسن)
• مستندات الإيجار أو الرهن العقاري	• أمر محكمة أو أي سجل يثبت الدفع
• بيان ضريبة الأملاك العقارية	• سجل الدفعات من ولاية أخرى
• فواتير المرافق	

قد تتلقى اعتمادًا عن تكاليف طبية معينة إذا كنت تبلغ 60 عامًا أو أكثر أو كنت من ذوي الإعاقة.

التكاليف/النفقات الطبية

- تتضمن النفقات الطبية -على سبيل المثال لا الحصر- ما يلي:
- خدمات المستشفى والأسنان والإبصار والخدمات الطبية
 - أقساط التأمين الصحي وأقساط Medicare وتكاليف خطط العقاقير الموصوفة
 - الأدوية الموصوفة وتلك التي لا تستلزم وصفة طبية
 - خدمات دور التمريض والرعاية الصحية المنزلية
 - المعدات والمستلزمات الطبية
 - نفقات النقل والإيواء للحصول على الرعاية الطبية
 - النفقات المتعلقة بحيوانات مدربة خصيصًا للخدمة الطبية
 - نفقات جهاز Lifeline أو نفقات Medic Alert إذا وصفه أحد ممتهمي الرعاية الصحية
 - إفادة بالفواتير
 - إيصال مفصل
 - زجاجة الدواء أو الحبوب مع وجود السعر على الملصق
- بوليصة تأمين صحي تبين القسط أو التأمين المشترك أو الدفعات المالية المشتركة أو الاستقطاع
 - إفادة من صيدلية
 - اتفاق بسداد النفقات لمزود الخدمة
 - إفادة من طبيب يؤكد أن العقار الذي لا يستلزم وصفة طبية كان موصوفًا
 - فاتورة مقابل خدمات ممرض زائر أو مدبر منزلي أو مساعد صحي منزلي
 - إيصالات عن إيواء أو نقل للحصول على علاج طبي أو خدمات طبية
 - فاتورة أو إيصالات لطعام حيوانات أو لتدريبها أو نظير خدمات الطبيب البيطري من أجل حيوانات مدربة خصيصًا للخدمة الطبية.