

FOODSHARE WISCONSIN 登记表
FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

如果因您有残障，需要以其他方式使用本申请表，或需要将其翻译为其他语言，请与您的机构联系。请访问 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm 或致电 800-362-3002 会员服务部查询您机构的电话号码。翻译服务是免费的。

您可以请其他成年人替您完成申请。如果您的 FoodShare 福利在过去 30 天内停止，您可以填写此申请表或联系您的机构，以确定是否可以不用完成此申请就可以重新开启 FoodShare 福利。

如果确认您有资格获得 FoodShare，您的 FoodShare 福利将从您的机构收到您的申请之日起开始。您的申请将尽快处理，自您的机构收到您的申请之日起不会超过 30 天。

姓名 - 申请人 (姓氏, 名字, 中间名首字母)

社会安全号码 (SSN - 非必填)

出生日期 (月/日/年 - 非必填)

电话号码 (非必填)

街道地址

城市

州

邮编

签名 - 申请人或授权代表

签名日期 (月/日/年)

Priority FoodShare Services (FoodShare 优先服务)

如果您立即需要帮助，而以下任何一种情况属实，您可以在提供您的申请和/或登记表的 7 天内获得 FoodShare 福利：

- 您的家庭只有不超过 100 美元的现金或银行存款，并且预计本月收入少于 150 美元。
- 您家庭的房租、房贷或公用事业费超过您本月的总收入（可用现金或银行存款）。
- 您的家庭包括一名已经停止收入的流动性或季节性农业工人。

如需加快服务，请回答以下问题。

您的家庭本月预计的总收入（税前或其他扣除项目前）是多少？	美元 _____
您家庭的可用总资产是多少（例如，现金或支票或储蓄账户中的存款或整笔金钱）？	美元 _____
这个月您的家庭支付的总房租或房贷是多少？	美元 _____
您的家庭这个月是否收到了 Wisconsin FoodShare 福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您目前是否住在家庭暴力受害者庇护所？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
本月您的家庭是否从另一个州接受了 Supplemental Nutrition Assistance Program（补充营养援助计划或称 SNAP，食品券，电子福利转账）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您家中有没有人是流动性或季节性农场工人，他们的收入最近已经停止，并且预计在未来 10 天内收入不会超过 25 美元？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果您的家庭必须支付公用事业费，请回答以下问题。

如果您支付房租，取暖费是否包括在房租中？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
勾选您的家庭需要支付的公用事业费，并勾选“是”或“否”，告诉我们该公用事业费是否用于您家庭的取暖。			
<input type="checkbox"/> 燃气（天然气）	用于取暖？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 燃油/煤油	用于取暖？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 电	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 煤炭	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 液态丙烷气	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 木柴	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

勾选您的家庭需要支付的公用事业费。

电话 水 排污 垃圾清理 设施安装 其他： _____

您有权利在任何时间里提交申请。要设置您的申请日期（即您的福利可以开始的日期），您必须至少提供您的姓名，地址和签名。然后可以到以下网址在线填写完整的申请表：access.wi.gov，或者通过邮寄，传真，电话或亲自前往完成申请表。

您需要亲自或通过电话与您的机构面谈，以完成申请的其余部分。

您可能需要为一些答案提供证明文件。请参阅“需要的证明”部分了解您可能需要给我们提供的证明清单。

邮寄或传真申请和/或证明/核实文件至：

如果您住在 Milwaukee 县：
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

如果您不居住在 Milwaukee 县：
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

或传真至：888-409-1979

或传真至：855-293-1822

您也可以在以下网址将任何证明文件扫描上传：access.wi.gov。

如果您想申请 BadgerCare Plus 或 Medicaid，您可以在申请 FoodShare 的同时在 access.wi.gov 在线申请医疗保健计划。或者您也可以填写一份纸版医疗保健申请表。申请表可以在以下网址找到：
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。或者您可以联系您的机构索取申请表。

关于 FOODSHARE WISCONSIN 的重要信息

此申请仅用于 FoodShare 福利。它不适用于 BadgerCare Plus, Family Planning Only Services（唯计划生育服务），Medicaid, Wisconsin Shares Child Care Subsidy（威斯康星州儿童照顾补贴）或 Wisconsin Works（W-2）。您在申请 FoodShare 的同时，可以在 access.wi.gov 在线申请 BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, 以及 Wisconsin Shares。您必须联系您的机构来申请 W-2。

FoodShare 是一项权利。您无需申请 W-2 或其他计划就能获得 FoodShare 福利。FoodShare 福利可帮助满足低收入家庭的营养需求。一个家庭通常由住在一起并分享食物的人组成。一个家庭获得的 FoodShare 福利的数量取决于家庭的规模和收入。FoodShare 福利发放在威斯康星州 QUEST 卡上，该卡在接受 FoodShare 的食品杂货店中像借记卡一样使用。

您有权在申请后的 30 天内收到您的加入状态通知。如果您有资格立即获得帮助，您有权在七天内获得福利。

您有权受到尊重，不因年龄，性别，种族，肤色，残疾，宗教信仰祖籍国或政治信仰而受到歧视。

您有责任：

- 完整诚实地回答申请表上的所有问题，并签署您的名字来证明所有的答案都是真实和正确的，否则将受到伪证罪的处罚。
- 提供确定资格所需的所有信息的证明。
- 在给您的报告中提示给您的时间范围内报告所需的更改。
- 不要将您的钱或财物放在别人的名下，以便获得福利。
- 不出售，交易或赠送福利。
- 只使用 FoodShare 购买允许的物品。

违反 FoodShare 规则的人可能会被取消参加该计划的资格，被罚款，被监禁或受到所有三种处罚。

美国农业部不歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规及政策,美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理美国农业部计划的机构均被禁止在由农业部执行或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰进行歧视,或是对以往的民权活动进行打击报复。

那些需要以替代性通讯手段(如盲文、大字版本、录音带、美国手语等)获取计划信息的残疾人士应该与他们申请福利的(州或地方)机构联络。那些耳聋、有听力困难或语言障碍的人士可通过联邦中继服务号码(800)877-8339 与美国农业部联络。此外,计划信息还有其它语言版本。

欲提交有关计划的歧视投诉,请到该网页([How to File a Complaint](#))和农业部的任何一家办事处填写《美国农业部计划歧视投诉表》(表格 AD-3027),或是写信给美国农业部并在信中提供该表格所要求的所有信息。若需该投诉表副本,请致电(866)632-9992。请将填好的表格或写给农业部的信件提交至:

- (1) 信件: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Right
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202)690-7442; 或
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov

本机构向所有人士提供均等机会。

书面通知

若将要采取任何行动停止或减少您的 FoodShare 福利,您有权从您的机构收到书面通知。对大多数行动而言,您都将在行动采取前至少 10 天收到通知信件。

公平听证

如果您不同意机构的任何行动,您有权获得公平听证。您可以致电 608-266-7709 口头要求举行公平听证会,或将要求听证的信函邮寄至:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
传真: 608-264-9885

您的申请必须在该机构所决定的您的 FoodShare 福利生效日期后的 90 天内被收到,或者如果您不同意 FoodShare 福利的金额,则申请可以在您获得福利期间的任何时候被收到。

Request for Fair Hearing (“公平听证请求”)表格可以从以下网址下载:
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。

在大多数情况下,如果您的公平听证会请求在行动生效日期之前由 Division of Hearings and Appeals (听证和上诉部)收到,您的 FoodShare 福利将不会停止或减少。您可以请求继续发放福利,至少一直到对您的上诉作出决定为止。在此期间,如果发生其他不相关的变化,您的 FoodShare 福利可能会发生改变。如果发生其他变化,您将收到一封新的信函。如果您对公平听证会的决定不满意,您可以上诉并要求举行第二次公平听证会。如果公平听证会决定停止或减少您的福利,您可能必须偿还您在上诉待决期间获得的任何福利。您可以要求不再继续获得福利。

您可以在听证会或会议上代表您自己，或者由一位律师，朋友或您选择的任何人代表您。我们不能为您支付您请律师的费用。但是，如果您符合条件，您可能会获得免费法律服务。要更多了解免费法律服务，请致电 888-278-0633。

如果您，或您的代表没有正当理由而未能出席听证会，您的上诉将被视为已放弃，并将被驳回。

法定监护人、保护人或受托人

如果您有一名法定监护人、保护人或代理人，该人可以代替您填写并提交此表格。在提交此表格的同时，该人也需提交与其委任相关的文件。

授权代表

您可以让一名授权代表替您填写并提交此表格。如果您想委任一位授权代表，请填写“Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person”（“委任、变更或取消授权代表：个人”）表格，即 F-10126A 表格；或者“Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization”（“委任、变更或取消授权代表：机构”）表格，即 F-10126B 表格。如果一名授权代表提供了用于决定您的 FoodShare 福利的错误信息，您或者您的授权代表将对任何错误负责。

收集信息/使用社会安全号码/个人身份信息

收集这些信息，包括每个家庭成员的社会安全号码，是由 Food and Nutrition Act of 2008（《2008 年食物和营养法案》），即修订后的 7 U.S.C.2011-2036 授权的。这些信息将用于决定您的家庭是否符合资格，或是否继续有资格参加 SNAP。我们将通过计算机匹配程序验证这些信息。这些信息还将用于监测对计划规则的遵守情况和计划的管理。

这些信息将用于决定您的家庭是否可以获得或继续获得福利。

您提供的信息将通过计算机匹配程序进行核实。这些信息还将用于监测对计划规则的遵守情况和计划的管理。

这些信息可能会提供给其他联邦和州政府机构进行正式审查，并可能会提供给执法人员，用于逮捕逃避法律的人。

如果您的家庭受到了 SNAP 的索赔，此申请表中的信息，包括所有社会安全号码，可能被转交给联邦和州机构，以及私人索赔收款机构，用于索赔行动。

提供要求的信息，包括每个家庭成员的社会安全号码，都是自愿的。但是，如果未能提供社会安全号码，则会导致拒绝向每个未能提供社会安全号码的个人发放 SNAP 福利。提供的任何社会安全号码将与符合资格的家庭成员的社会安全号码一样地加以使用和披露。

您的社会安全号码将不会与美国公民和移民服务局（USCIS）共享。

移民身份

您必须是美国公民或具有符合资格的 USCIS 移民身份才能获得 FoodShare。所有申请 FoodShare 的个人的移民身份将与 USCIS 进行核实，并可能会影响 FoodShare 的加入和福利。对任何未申请 FoodShare 的个人，或表示他或她不具备符合资格的移民身份的人，将不会与 USCIS 核实其移民身份。但是，这些人的收入可能会影响 FoodShare 的加入或福利。

质量控制审查

Wisconsin Department of Health Services（威斯康星州卫生服务部门）可随机选择您的 FoodShare 案宗进行质量控制审查。FoodShare 质量控制审查是对您的 FoodShare 案宗的审查，以确保接受您加入 FoodShare 的机构正确发放了您的福利，并遵循了联邦政府制定的规则。联邦法律规定您必须配合质量控制审查。如果您不提供所要求的

信息并且不配合审查，您的 FoodShare 案宗可能会被关闭。如果发生这种情况，您会被告知您的案例可能需要多久才能得到解决。

对 16 至 59 岁的个人的工作登记要求

所有 16 至 59 岁的 FoodShare 申请人必须进行工作登记，除非他们被视为有豁免权。在确定您有资格享受 FoodShare 时，您将被登记为可以工作，除非您符合豁免条件。

如果以下任一情况属实，您就符合免于工作登记的条件：

- 您年满 16 岁或 17 岁，并且不是 FoodShare 小组的主要人员。
- 您年满 16 或 17 岁，是 FoodShare 小组的主要人员，但至少半日就读于学校或参加就业和培训计划。
- 证明您不适合工作。这适用于以下情况：
 - 您从政府或私人来源获得暂时或永久的残障福利。
 - 您的机构发现您精神上或身体上没有工作能力。
 - 一名医疗保健专业人员或社会工作者声明证实您无法工作。
- 您已加入 W-2 并符合 W-2 工作要求。
- 您是 6 岁以下受抚养儿童的主要照顾者（不论该儿童住不住在您家中）。但是，如果您和另一个人都有对孩子的家长控制权，那么你们当中只有一个人可以作为该儿童的主要照顾者而免于工作登记要求。
- 您是一名无自理能力的人的主要照顾者（不论该人住不住在您家中）。
- 您已申请或正在收到失业补助。
- 您正在定期参加酒精或其他药物滥用治疗或康复计划。
- 您每周工作 30 小时或以上，或赚取按照联邦最低工资等于每周工作 30 小时或以上的工资。
- 您是在一所认可的高中，培训项目或高等教育机构至少半日就读的学生。

如果符合其中一项豁免，您可能需要向您的机构提供证明。虽然需要进行工作登记，但参加一项工作计划是自愿的。

工作登记要求处罚

如果您不遵守工作登记要求，并且您不符合豁免条件，您将在指定的处罚期间内无法获得 FoodShare 福利。这包括如果您自愿且没有正当理由地做以下任何一项：

- 拒绝一份合适的工作。
- 辞去一份每周工作 30 小时或以上，或赚取按照联邦最低工资等于每周工作 30 小时或以上的工资的工作。
- 将您的工作时间改为每周不超过 30 小时（或者您的每周收入变为低于联邦最低小时工资的 30 倍）。
- 参加 W-2 但不符合 W-2 计划的工作要求。
- 申请或获得失业救济金，但不符合失业补助计划的工作要求。

如果在处罚期间，您搬到另一个 FoodShare 家庭，则您的处罚剩余时间将与您一起转移到该家庭。处罚期的长度如下：

- 第一次处罚为一个月。
- 第二次处罚为三个月。
- 第三次或以后的处罚为六个月。

如果您符合了工作登记豁免条件，就可以提早结束处罚期。

如果您在处罚期结束后想要获得福利，需要重新申请 FoodShare。如果您是 FoodShare 小组的一员，则需要让您的工作人员知道更新您的案宗，而不必重新申请。

年龄 18 岁至 49 岁健全成年人的工作要求

某些 18 至 49 岁、没有未成年子女住在家中的成年人可能只能在 36 个月（三年）的时间内享受三个月的限时 FoodShare 福利，除非他们满足了 FoodShare 的工作要求，或有工作豁免权。这项工作要求不同于工作登记要求。

有三种满足工作要求的途径：

1. 每个月工作至少 80 个小时。
2. 每个月参加允许的工作计划至少 80 小时，例如：
 - FoodShare Employment and Training（FoodShare 就业和培训计划，简称 FSET）。
 - W-2。
 - Workforce Innovation and Opportunity Act（《劳动力创新和机会法案》，简称 WIOA）下的某些计划。
3. 同时工作并参加允许的工作计划，每个月总计至少 80 小时。

如果您已加入 FoodShare，您将获得有关 FSET 计划的信息。

如果以下任何一种情况属实，您可能被认为有豁免权而可能不需要满足工作要求：

- 您与 18 岁以下属于同一个 FoodShare 家庭的未成年人同住。
- 您是 6 岁以下受抚养子女的主要照顾者（不论该儿童住不住在其家中）。
- 您是一名无自理能力的人的主要照顾者（不论该人住不住在您家中）。
- 您因身体或精神状况不能工作。这包括如果您长期无家可归。
- 您在怀孕。
- 您正在获得或已经申请了失业保险。
- 您正在参加酒精或其他药物滥用治疗或康复计划。
- 你至少有一半时间就读于高等教育机构。
- 您已经 18 岁或以上，至少半日就读于高中。

JOB CENTER（就业中心）

您可以使用 Job Center。Job Center 是威斯康星州最大的就业机会资源。您可以访问 Job Center 网址 jobcenterofwisconsin.com，或者在您当地的就业中心使用触屏电脑。寻找您附近的 Job Center，请致电 888-258-9966（免费）。

计算机核查

您申请表上的信息将通过州收入和资格认证系统进行核查。如果您有工作，您所报告的收入与工资将通过计算机与您的雇主向 Department of Workforce Development 报告的工资来对照核查。也会联系 IRS，Social Security Administration（社会保障局）和 Unemployment Insurance Division（失业保险司）核查您可能有的收入和资产。这些机构提供的信息可能会影响您家庭的加入资格和/或福利金额。

如果发现您提供的任何信息不正确，您可能被拒绝发给福利，和/或因故意提供虚假信息而受到刑事起诉。如果您提供虚假信息，则必须偿还收到的任何福利。如果您的家庭受到了 FoodShare 的索赔，您的申请信息（包括所有社会保险号）可能被转交给联邦和州机构，以及私人索赔和收款机构，用于索赔行动。

FOODSHARE 处罚警告

您的任何家庭成员如果故意违反以下任何规则，在第一次违规后的 12 个月内，第二次违规或者第一次涉及管制药物的违规后的 24 个月内，会被禁止参加 FoodShare 计划；在第三次违规后则会被永远禁止参加 FoodShare 计划。

- 提供虚假信息或隐藏信息以获取或继续获取 FoodShare 福利
- 交易或出售 FoodShare 福利
- 更改卡片以获得您无权接受的福利

- 使用 FoodShare 福利购买非食品物品，如酒精或烟草
- 使用他人的 FoodShare 福利，身份证或其他文件

根据被滥用的福利的价值，您也可能被处以最多 25 万美元的罚款，最长 20 年的监禁，或两种处罚同时执行。法院还可以再另外禁止您参加威斯康星州 FoodShare 计划 18 个月。如果您被判犯有贩卖 500 美元或以上 FoodShare 福利的罪行，您将永远没有资格获取福利。如果发现您对身份和居住地点做出虚假陈述或声明，以便同时获得多种福利，您将在 10 年内无法参加威斯康星州 FoodShare 计划。在逃重罪犯和缓刑和假释违规者不能参加 FoodShare Wisconsin 计划。您可能还会受到依据其他适用的联邦法律的进一步起诉。

如果您交易（购买或销售）FoodShare 福利，以便获取一种管制药物/非法毒品，您将被禁止参加 FoodShare 计划，第一次发现后禁止期为两年，第二次发现后将被永久禁止。如果您交易（购买或出售）枪支，弹药或爆炸物，您将被永久禁止参加 FoodShare Wisconsin 计划。

需要的证明

只有您为一些回答提供证明之后，才能确定是否能够加入 FoodShare。下面的清单显示了需要哪些证明以及您可以使用的一些文件。

- 如果您的面试是在机构进行，请尽可能多地带上清单中的证明。
- 如果您的面试是通过电话进行的，在面试后您将收到一份清单，列出您需要提供的证明。

如果您无法获得所需文件，请告知您的机构，您的机构可以为您提供帮助。您可能被要求提供未在下面列出的证明文件。如果是这样，您的机构会向您发送一份需要的其他证明清单。

身份证明

- 驾驶执照
- 出生证
- 护照或美国公民卡
- 工资单
- 工作证
- 医院记录

工资收入

- 最近 30 天收到的全部工资支票存根
- 雇主签署的声明，包括未来 30 天的预期总收入和工资日期
- Employer Verification of Earnings (“雇主收入确认表”)

其他收入

- （例如失业保险，残障保险，社会保障，退休金，退伍军人福利，军队拨款）
- 授予信
- 最近一张支票的复印件

要获得收入扣除额，可能要求以下证明：

住房费用和公用事业费账单

- 有房东姓名和电话号码的当前租金收据
- 房屋租赁或房贷文件
- 房地产税表
- 公用事业费账单

子女抚养

- （在威斯康星州以外的其他州收到或支付）
- 法院令文件或其他付款记录
- 另一个州的付款记录

如果您的年龄为 60 岁或以上，是失明或残障人士，您可能在某些医疗费用上得到扣除额。

医疗费用

医疗费用包括但不限于以下内容：

- 医院，医疗，牙科和视力服务
- 医疗保险保费， Medicare 保费， 以及处方药计划的费用
- 处方药和非处方药
- 养老院和家庭保健服务
- 医疗设备和用品
- 为获得医疗保健而支出的交通和住宿费用
- 经过特殊培训的服务动物的相关费用
- 医疗保健专业人员开处方的 Lifeline/医疗警报费用
- 帐单
- 分项收据
- 带有价格标签的药瓶
- 健康保险保单，显示保费，共同保险，共付额或免赔额
- 药房的对账单
- 与提供商签订的还款协议
- 医生核实开了非处方药的声明
- 家访护士，家务助理或家庭健康助理提供服务的账单
- 为获得医疗或服务而支付的住宿和/或交通收据
- 用于经过专门培训的服务动物的动物食品，培训或兽医服务的账单或收据。