

РЕГИСТРАЦИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ «FOODSHARE WISCONSIN» FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

Если в связи с ограниченными возможностями Вам нужен доступ к заявлению в альтернативной форме, а также если Вам нужен перевод на другой язык, пожалуйста, обратитесь в свое агентство. Телефонный номер агентства можно получить на сайте www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm или позвонив в Member Services (Службу по работе с участниками программы) по телефону 800-362-3002. Услуги перевода предоставляются бесплатно.

Вы можете попросить другого совершеннолетнего человека заполнить заявление от Вашего имени. Если в последние 30 дней Вы перестали получать пособие FoodShare, Вы можете заполнить это заявление или обратиться в свое агентство, чтобы узнать, можете ли Вы возобновить получение FoodShare без заполнения заявления.

Если Ваше право на получение FoodShare подтвердится, пособие FoodShare будет начисляться со дня получения Вашего заявления агентством. Заявление будет рассмотрено в минимально возможные сроки, не позднее, чем через 30 дней от даты получения Вашего заявления агентством.

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Имя – Заявитель (фамилия, имя, инициал среднего имени) | Номер социального обеспечения (по желанию) | |
| Дата рождения (мм/дд/гг – по желанию) | Номер телефона (по желанию) | |
| Номер дома, улица, номер квартиры | | |
| Город | Штат | Почтовый индекс |
| ПОДПИСЬ – Заявитель или уполномоченный представитель | | Дата подписи (мм/дд/гг) |

Priority FoodShare Services (Приоритетные услуги FoodShare)

Если помощь необходима Вам немедленно, Вы можете начать получать пособие FoodShare в течение семи дней после подачи заявления и(или) регистрационной формы при наличии любого из следующих обстоятельств:

- Ваша семья имеет не больше \$100 наличными или на банковском счете и не ожидает получить больше чем \$150 дохода в текущем месяце.
- Расходы вашей семьи на выплату аренды, ипотеки или коммунальные платежи превышают ваш общий месячный заработок до вычета налогов (наличными или на банковском счете) в текущем месяце.
- В состав вашей семьи входит мигрант или сезонный фермерский работник, не получающий дохода в настоящее время.

Чтобы Ваше заявление было рассмотрено в ускоренные сроки, ответьте на следующие вопросы.

| | |
|---|--|
| Какой общий доход ожидает получить ваша семья в этом месяце (до уплаты налогов и других вычетов)? | \$ _____ |
| Каким общим наличным имуществом располагает ваша семья (например, наличными денежными средствами или средствами на расчетных, или сберегательных счетах, или единовременной выплатой, начисленной вам)? | \$ _____ |
| Какую сумму истратила ваша семья на уплату арендной платы или ипотеки в этом месяце? | \$ _____ |
| Получила ли ваша семья в этом месяце пособие Wisconsin FoodShare? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Проживаете ли Вы в настоящее время в приюте для жертв домашнего насилия? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Получила ли ваша семья в этом месяце помощь по программе Supplemental Nutrition Assistance Program (Программа льготной покупки продуктов) (SNAP, продуктовые талоны, EBT-электронная выплата пособий) в другом штате? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Является ли кто-то из членов вашей семьи мигрантом или сезонным фермерским работником, который недавно перестал получать доход и не ожидает получения больше \$25 дохода в ближайшие 10 дней? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Если ваша семья оплачивает коммунальные услуги, ответьте на следующие вопросы.

| | |
|--|--|
| Если Вы платите арендную плату, включает ли она стоимость отопления? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
|--|--|

Проставьте отметку в квадрате(ах) напротив коммунальных услуг, которые должна оплачивать ваша семья, и выберите «Да» или «Нет», чтобы указать, используется ли данная коммунальная услуга для отопления вашего дома.

| | Используется для отопления? | | Используется для отопления? |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Газ (природный) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Мазут/керосин | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| <input type="checkbox"/> Электричество | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Уголь | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| <input type="checkbox"/> Жидкий пропан | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Дрова | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Проставьте отметку в квадрате(ах) напротив коммунальных услуг, которые должна оплачивать ваша семья,

Телефон Вода Канализация Вывоз мусора

Установка дополнительного санитарного оборудования

Другое: _____

Вы имеете право подать заявление в любое время. Чтобы установить дату подачи заявления (с которой начнется начисление пособия), Вам нужно указать, как минимум, свое имя, фамилию, адрес и поставить подпись. После этого полное заявление можно подать по Интернету на сайте: access.wi.gov, по почте, факсом, по телефону или лично.

Чтобы завершить оформление заявления, Вам нужно будет пройти собеседование с Вашим агентством лично или по телефону.

У Вас могут попросить предоставить доказательство некоторых ответов. В разделе «Необходимые доказательства» содержится список подтверждений, которые могут понадобиться.

Отправьте заявления и(или) доказательства/подтверждения почтой или факсом на адрес:

Если Вы живете в округе Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

Если Вы **не живете** в округе Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Или факс: 888-409-1979

Или факс: 855-293-1822

Вы также можете отсканировать и загрузить любое доказательство по Интернету на сайте: access.wi.gov.

Если Вы хотите подать заявление на программы медицинского обслуживания BadgerCare Plus или Medicaid, это можно сделать по Интернету на сайте: access.wi.gov одновременно с подачей заявления на пособие FoodShare. Или заполнить заявление на медицинское обслуживание в бумажной форме. Формы заявления можно найти в Интернете на сайте: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm. Или обратиться за получением в свое агентство.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О «FOODSHARE WISCONSIN»

Данное заявление относится только к пособию FoodShare. Его нельзя использовать для программ BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares Child Care Subsidy (субсидия по уходу за ребенком) или Wisconsin Works (W-2). Подать заявление на программы BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid и Wisconsin Shares можно в Интернете на сайте access.wi.gov одновременно с подачей заявления на FoodShare. Чтобы подать заявление на программу W-2, обратитесь в свое агентство.

Пособие FoodShare начисляется на основании права на его получение. Чтобы получать пособие FoodShare, Вам не нужно подавать заявление на W-2 или другие программы. Пособие FoodShare предназначено для удовлетворения потребностей в питании семей с низким уровнем дохода. Как правило, семья состоит из людей, которые живут и питаются вместе. Сумма пособия FoodShare, начисляемого семье, зависит от ее размера и дохода. Пособие FoodShare начисляется на карточку Wisconsin QUEST, которой можно пользоваться как дебитной карточкой в продуктовых магазинах, принимающих FoodShare.

Вы имеете право получить уведомление о статусе зачисления в программу в течение 30 дней после подачи заявления. Вы имеете право на получение пособия в течение семи дней, если подтвердится, что Вам нужна безотлагательная помощь.

Вы имеете право на уважительное отношение без дискриминации на основании возраста, пола, расы, цвета кожи, ограниченных возможностей, вероисповедания, национального происхождения или политических убеждений.

Ваши обязанности:

- Давать полные и честные ответы на все вопросы заявления и поставить свою подпись, подтверждающую достоверность и точность ответов с учетом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.
- Предоставить доказательство всей информации, необходимой для определения права на получение пособия.
- Сообщать обо всех требуемых изменениях в течение срока, установленного в уведомлениях.
- Не передавать свои денежные средства или имущество другим лицам с целью получения пособия.
- Не продавать, не обменивать и не отдавать свое пособие.
- Использовать пособие FoodShare только для покупки разрешенных товаров.

Лица, нарушившие правила программы FoodShare, могут быть лишены права на участие в программе, оштрафованы, заключены в тюрьму или подвергнуться всем трем видам наказания.

Заявление о недискриминации

В соответствии с федеральным законом и положениями и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещены дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните форму жалобы о дискриминации в программе USDA «[USDA Program Discrimination Complaint Form](#)» (AD-3027), которая находится в Интернете здесь: [How to File a Complaint](#) и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.

ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

У Вас есть право на получение письменного уведомления от Вашего агентства до принятия им каких-либо решений в отношении отмены или сокращения Вашего пособия FoodShare. В большинстве случаев Вы получаете письмо не позже, чем за 10 дней до принятия решения.

БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ

Если Вы не согласны с какими-либо действиями агентства, Вы имеете право на проведение беспристрастного слушания. Подать заявку на проведение беспристрастного слушания можно устно, позвонив по тел. 608-266-7709, или направить письмо с заявкой на проведение слушания по адресу:

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

Ваша заявка должна быть получена в течение 90 дней после вступления в силу решения агентства относительно пособия FoodShare **или** в любое время, пока Вы получаете пособие FoodShare, если Вы не согласны в размером пособия.

Заявку на проведение беспристрастного слушания можно загрузить на сайте:
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.

В большинстве случаев, если заявка на проведение беспристрастного слушания будет получена отделом Division of Hearings and Appeals до вступления в силу решения, Ваше пособие FoodShare не будет отменено или сокращено. Вы можете попросить, чтобы пособие продолжали выплачивать, как минимум, до того момента, когда будет принято решение по Вашей апелляции. Если на протяжении этого времени произойдут какие-либо другие, не связанные с решением, изменения, Ваше пособие FoodShare также может измениться. В случае других изменений Вы получите новое письмо. Если Вас не устроит решение, принятое на беспристрастном слушании, Вы можете подать апелляцию и попросить о проведении второго беспристрастного слушания. Если по решению беспристрастного слушания Ваше пособие будет отменено или сокращено, от Вас могут потребовать возместить пособие, выплаченное в период ожидания решения. Вы можете попросить не выплачивать Вам пособие в это время.

Вы можете представлять себя или быть представленным на слушании или совещании адвокатом, другом или кем-либо еще по Вашему выбору. Мы не можем оплатить услуги Вашего адвоката. В то же время, услуги адвоката Вам могут предоставить бесплатно, если Вы будете иметь на это право. Дополнительную информацию о бесплатной юридической помощи можно получить по тел. 1-888-278-0633.

Если Вы или Ваш представитель не явитесь на слушание без уважительной причины, это будет рассматриваться как отказ от апелляции, и она будет отклонена.

ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН, ПОПЕЧИТЕЛЬ ИЛИ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО

Если у Вас есть законный опекун, попечитель или доверенное лицо, этот человек может заполнить и отправить эту форму от Вашего имени. Вместе с формой он также должен будет предоставить документы о своем назначении.

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Вы имеете право привлечь уполномоченного представителя к заполнению и подаче этой формы от Вашего имени. Чтобы назначить уполномоченного представителя, заполните форму о назначении, смене или освобождении от обязанностей уполномоченного представителя на индивидуального человека: «Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person form», F-10126A, **или** форму о назначении, смене или освобождении от обязанностей уполномоченного представителя на организацию: «Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization form», F-10126B. Если уполномоченный представитель предоставит

неверную информацию, которая будет использована при принятии решения о предоставлении Вам пособия FoodShare, Вы или Ваш уполномоченный представитель будете нести ответственность за его ошибки.

СБОР ИНФОРМАЦИИ / ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SOCIAL SECURITY NUMBERS) / ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Сбор информации, включая номера социального страхования (Social Security number) каждого члена семьи, разрешается в соответствии с Food and Nutrition Act of 2008 (Законом о пищевых продуктах и питании 2008 г.) с поправками, 7 U.S.C. 2011-2036. Сведения будут использоваться при определении права вашей семьи на участие или продолжение участия в программе SNAP. Мы проверим указанные сведения с помощью компьютерных программ сверки данных. Эта информация также будет использоваться для контроля за выполнением правил программы и для управления программой.

Информация используется для определения прав семьи на получение или сохранение льгот.

Предоставленная Вами информация будет проверяться с помощью компьютерных программ сверки данных. Информация также используется для контроля за выполнением правил программы и для управления программой.

Эта информация может передаваться другим федеральным ведомствам и ведомствам штата для официального анализа, а также правоохранительным органам для задержания людей, скрывающихся от закона.

Если в программе SNAP против вашей семьи будет выставлен иск, информация из данного заявления, включая все номера социального страхования, может быть передана федеральным ведомствам и ведомствам штата, а также частным агентствам, занимающимся взысканием неоплаченных исков, для взыскания средств по иску.

Предоставление сведений, включая номера социального страхования каждого члена семьи, производится на добровольной основе. В то же время, непредоставление номера социального страхования приведет к отказу в льготах SNAP для лиц, не предоставивших номера социального страхования. Любой предоставленный номера социального страхования будет использоваться и раскрываться так же, как номера социального страхования членов семьи, имеющих право на льготы.

Ваш номера социального страхования не будет передан в United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) (Иммиграционную службу США).

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Чтобы получить пособие FoodShare, Вы должны быть гражданином США или иметь соответствующий иммиграционный статус в USCIS. Сведения об иммиграционном статусе всех лиц, подающих заявление на получение FoodShare, будет проверяться в USCIS и может повлиять на зачисление в программу FoodShare и на пособие. В USCIS не будет проверяться иммиграционный статус всех лиц, которые не являются заявителями на предоставление пособия FoodShare, или лиц указавших, что они не имеют соответствующего иммиграционного статуса в USCIS. В то же время, доход этих лиц может повлиять на зачисление в FoodShare или на пособие.

ПРОВЕРКА В РАМКАХ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

Ваше дело в программе FoodShare может быть произвольно выбрано департаментом Wisconsin Department of Health Services для проверки в рамках контроля качества. Проверка в рамках контроля качества FoodShare заключается в рассмотрении Вашего дела в FoodShare с целью подтверждения того, что агентство, зачислившее Вас на FoodShare, правильно выдает Вам пособие и следует правилам, установленным федеральным правительством. Федеральное законодательство требует от Вас оказания содействия при выполнении проверки в рамках контроля качества. Если Вы не предоставите нужную информацию и не будете оказывать содействие в проведении проверки, Ваше дело в FoodShare может быть закрыто. В таком случае Вас известят, на какой срок может быть закрыто Ваше дело.

ТРЕБОВАНИЕ К РЕГИСТРАЦИИ НА РАБОТУ ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 ДО 59 ЛЕТ

Все заявители и участники программы FoodShare в возрасте от 16 до 59 лет, не имеющие освобождения, должны быть зарегистрированы на работу. В момент принятия решения о Вашем праве на получение FoodShare, Вы будете зарегистрированы на работу в случае, если у Вас нет соответствующего освобождения.

Вы можете быть освобождены от выполнения требования к регистрации на работу при наличии **любого** из следующих обстоятельств:

- Вам 16 или 17 лет, и Вы не являетесь основным заявителем для своей группы, получающей пособие FoodShare.
- Вам 16 или 17 лет, Вы являетесь основным заявителем для своей группы, получающей пособие FoodShare, но Вы учитесь или работаете и участвуете в учебной программе не менее, чем с половиной нагрузки.
- Вы признаны нетрудоспособным. Это включает следующие условия:
 - Вы получаете пособие по временной или постоянной нетрудоспособности из государственного или частного источника.
 - Ваше агентство признало Вас нетрудоспособным по физическим или психическим причинам.
 - Ваша нетрудоспособность подтверждена справкой от медицинского специалиста или социального работника.
- Вы зачислены в программу W-2 и соблюдаете требования к работе, установленные W-2.
- Вы являетесь основным лицом, ухаживающим за ребенком-иждивенцем младше 6 лет (независимо от того, живет ли ребенок с Вами в одном доме). В то же время, если Вы осуществляете родительский контроль над ребенком вместе с другим лицом, только один из вас может быть освобожден от выполнения требований к регистрации на работу как основной опекун ребенка.
- Вы являетесь основным лицом, ухаживающим за человеком, который не может ухаживать за собой самостоятельно (независимо от того, живет ли этот человек с Вами в одном доме).
- Вы подали заявление или получаете пособие по безработице.
- Вы регулярно принимаете участие в реабилитационной программе или программе лечения от алкоголизма или наркомании.
- Вы работаете не менее 30 часов в неделю или имеете еженедельный заработок, не ниже оплаты за 30 часов по минимальной федеральной почасовой ставке.
- Вы учитесь с не менее, чем половиной нагрузки, в признаваемой школе, учебной программе или высшем учебном заведении.

Агентство может потребовать от Вас предъявить доказательство одного из указанных обстоятельств, дающих право на освобождение. Хотя регистрация на работу обязательна, участие в рабочей программе является добровольным.

САНКЦИИ ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕГИСТРАЦИИ НА РАБОТУ

Если Вы не соблюдаете требования к регистрации на работу и не освобождены от выполнения этого требования, Вы будете лишены права на получение пособия FoodShare на определенный санкционный период времени. Это включает добровольное совершение одного из следующих действий без уважительной причины:

- Отказ от подходящей работы
- Уход с работы, предусматривающей занятость не менее 30 часов в неделю (или работы, приносящей еженедельный заработок, не ниже оплаты 30 часов по минимальной федеральной почасовой ставке)
- Сокращение количества рабочих часов до уровня ниже 30 часов в неделю (или сокращение еженедельного заработка до уровня ниже оплаты 30 часов работы по минимальной федеральной почасовой ставке)
- Участие в программе W-2 без выполнения требований к работе, предусмотренных в W-2
- Подача заявления или получение пособия по безработице без выполнения требований к работе, предусмотренных программой компенсации по безработице

Если в период действия санкций Вы переходите в другую семью, получающую пособие FoodShare, остаток санкционного периода переводится на Вас и в составе новой семьи. Продолжительность санкционного периода:

- Первая санкция: один месяц.
- Вторая санкция: три месяца.
- Третья и последующие санкции: шесть месяцев.

Санкционный период может быть прерван раньше срока, если Вы получите освобождение от выполнения требования к регистрации на работу.

Если Вы хотите получать пособие после завершения санкционного периода, Вы должны повторно подать заявление в FoodShare. Если Вы входите в группу получателей пособия FoodShare, то вместо подачи нового заявления Вы должны обратиться к своему социальному работнику для обновления дела.

ТРЕБОВАНИЕ К РЕГИСТРАЦИИ НА РАБОТУ ДЛЯ ТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 49 ЛЕТ

Отдельные совершеннолетние лица в возрасте от 18 до 49 лет, не живущие вместе с несовершеннолетними детьми, могут получать временное пособие FoodShare только в течение трех месяцев на протяжении 36-месячного периода (три года), за исключением случаев, когда они выполняют требование FoodShare к трудоустройству или считаются освобожденными от требований. Это требование к трудоустройству отличается от требования к регистрации на работу.

Существует три варианта выполнения требования к трудоустройству:

1. Работать не менее 80 часов ежемесячно.
2. Принимать участие ежемесячно на протяжении не менее 80 часов в разрешенной рабочей программе, такой как:
 - FoodShare Employment and Training (FSET) (Программа трудоустройства и обучения FoodShare).
 - W-2.
 - Некоторые программы, предусмотренные законом Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA).
3. Сочетать работу и участие в разрешенной рабочей программе на протяжении 80 часов ежемесячно.

Вы получите информацию о программе FSET, если зарегистрируетесь на пособие FoodShare.

Вас могут освободить от выполнения требования к трудоустройству при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- Вы живете с ребенком младше 18 лет, который входит в состав семьи, получающей пособие FoodShare.
- Вы являетесь основным лицом, ухаживающим за ребенком-инвалидом младше 6 лет (независимо от того, живет ли ребенок с Вами в одном доме).
- Вы являетесь основным лицом, ухаживающим за человеком, который не может ухаживать за собой самостоятельно (независимо от того, живет ли этот человек с Вами в одном доме).
- Вы не можете работать по физическим или психическим причинам. Это включает хроническую бездомность.
- Вы беременны.
- Вы получаете или подали заявку на получение пособия по безработице.
- Вы принимаете участие в реабилитационной программе или в программе лечения от алкоголизма или наркомании.
- Вы являетесь студентом высшего учебного заведения с не менее половиной нагрузки.
- Вам не меньше 18 лет и Вы учитесь в старших классах школы с не менее половиной нагрузки.

JOB CENTER (ЦЕНТР ЗАНЯТОСТИ)

Вы можете воспользоваться услугами Job Center. Job Center является крупнейшим источником вакансий в штате Wisconsin. Посетите веб-сайт Job Center: jobcenterofwisconsin.com или воспользуйтесь компьютерами с сенсорным экраном в вашем местном центре занятости. Чтобы найти ближайший к Вам центр занятости, позвоните по тел.: 888-258-9966 (бесплатно).

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОВЕРКА

Информация, указанная в Вашем заявлении, подлежит проверке в системе штата по подтверждению доходов и прав на участие в программах. Если Вы работаете, производится компьютерная сверка указанного Вами трудового дохода и заработной платы с зарплатой, которую Ваш работодатель указывает для Department of Workforce Development. Информацию относительно Вашего дохода и имущества также могут запросить в IRS (Налоговом управлении США), Social Security Administration (Администрации социального обеспечения) и Unemployment Insurance Division (Отделе страхования по безработице). Информация, полученная из этих ведомств, может повлиять на зачисление в программу и(или) размер пособия для вашей семьи.

Если обнаружится, что Вы предоставили ложную информацию, Вы можете лишиться права на получение пособия FoodShare и(или) подвергнуться уголовному преследованию за умышленное предоставление ложных сведений. В случае предоставления Вами ложной информации, Вы должны будете возместить всю сумму выплаченного пособия. Если в программе FoodShare против вашей семьи будет выставлен иск, информация из данного заявления, включая все номера социального страхования, могут быть переданы федеральным ведомствам и ведомствам штата, а также частным агентствам, занимающимся взысканием неоплаченных исков, для взыскания средств по иску.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ПРОГРАММОЙ FOODSHARE

Любой член Вашей семьи, намеренно нарушивший какое-либо из следующих правил, может быть отстранен от участия в FoodShare сроком на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или после первого нарушения с целью приобретения наркотических веществ, и навсегда после третьего нарушения:

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации с целью получения или продолжения получения пособия FoodShare
- Обмен или продажа пособия FoodShare
- Изменение информации на карточках для получения пособия, на которое Вы не имеете права
- Использование FoodShare для покупки непищевых товаров, таких как алкоголь или табачные изделия
- Использование пособия FoodShare, удостоверений личности или другой документации, принадлежащих другому человеку

В зависимости от размера незаконно использованного пособия, Вас могут наказать штрафом в размере до 250000 долларов или тюремным заключением сроком до 20 лет, или применить обе штрафные санкции. Суд также может отстранить Вас от участия в программе FoodShare Wisconsin на дополнительные 18 месяцев. Вы навсегда потеряете право на участие в программе, если Вас признают виновным в незаконной торговле пособием FoodShare в размере \$500 и выше. Вы потеряете право на участие в программе FoodShare Wisconsin сроком на 10 лет, если подтвердится, что Вы использовали ложную информацию или умышленно вводили в заблуждение относительно своей личности и места жительства с целью получения одновременно нескольких льгот. Совершившие побег преступники и нарушители режима условного заключения или условно-досрочного освобождения не могут принимать участие в программе FoodShare Wisconsin. Вы также можете подвергнуться дополнительному судебному преследованию согласно действующим федеральным законам.

Если Вы совершите сделку (покупку или продажу) с пособием FoodShare с целью приобретения контролируемых веществ или запрещенных наркотических препаратов, Вас отстранят от участия в программе FoodShare на срок двух лет после первого нарушения и навсегда после второго. Если сделка (покупка или продажа) будет совершена с целью приобретения огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, Вас навсегда отстранят от участия в FoodShare Wisconsin.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Решение о зачислении в программу FoodShare может быть принято только после того, как Вы предоставите доказательство отдельных ответов. Ниже указано, какое доказательство нужно представить и возможные виды доказательств.

- Если Вы проходите собеседование в агентстве, пожалуйста, принесите с собой как можно больше доказательств из приведенного ниже списка.
- Если Вы проходите собеседование по телефону, Вы получите список пунктов, требующих предоставления доказательства, после собеседования.

Если Вы не можете получить необходимые документы, сообщите агентству, что именно Вы не можете получить, и агентство Вам поможет. Вас могут попросить предоставить доказательство для пунктов, не указанных ниже. В этом случае агентство направит Вам список других необходимых доказательств.

Удостоверение личности

- Водительские права
- Свидетельство о рождении
- Паспорт или карточка гражданина США
- Расчетный чек
- Карточка работника
- Больничная карта

Трудовой доход

- Все корешки чеков на заработную плату за последние 30 дней
- Заявление, подписанное работодателем, с указанием общего заработка и ожидаемых дат выплаты заработной платы на последующие 30 дней
- Форма Employer Verification of Earnings (подтверждение заработка работодателем)

Другие формы дохода

- (например, страхование по безработице, страхование по нетрудоспособности, Social Security, пенсия, пособие для демобилизованных военнослужащих, денежный аттестат на семью военнослужащего)
- Письмо о начислении пособия
 - Копия последнего чека

Для получения кредита могут понадобиться следующие документы.

Расходы на жилье и счета за коммунальные услуги

- Действительная квитанция об уплате арендной платы с указанной на ней именем и номером телефона арендодателя
- Документы на аренду жилья или ипотеку
- Счет к уплате налога на недвижимость
- Счета за коммунальные услуги

Алименты на ребенка

- (полученные или уплаченные не в штате Wisconsin)
- Постановление суда или другой документ об оплате
 - Документы об оплате, выданные другим штатом

Вы можете получить кредит на отдельные медицинские услуги, если Вам 60 или более лет, Вы страдаете слепотой или имеете ограниченные возможности.

Затраты / Стоимость медицинского обслуживания

Стоимость медицинского обслуживания включает, например, следующее:

- Пребывание в больнице, медицинское обслуживание, услуги стоматолога и окулиста
- Взносы по медицинской страховке, страховые взносы по Medicare и стоимость страховки на рецептурные препараты
- Рецептурные препараты и лекарства, выдаваемые без рецепта
- Медицинские услуги, оказываемые в доме престарелых и на дому
- Медицинское оборудование и материалы
- Расходы на транспортировку и проживание при прохождении медицинского обслуживания
- Договор о медицинском страховании с указанием размера взносов, доли участия страхователя в оплате, частичной оплаты или нестрахуемого минимума
- Выписка из аптеки
- Договор о выплате долга с поставщиком услуг
- Справка от врача, подтверждающая выписку безрецептурного препарата
- Счет за услуги, оказанные патронажной медсестрой, домработницей или лицом, оказывающим медико-социальную помощь на дому

- Расходы, связанные с содержанием специально подготовленного служебного животного
- Расходы на Lifeline/Medic Alert, если предписано медицинским специалистом
- Счет на уплату
- Постатейные квитанции
- Бутылочка от лекарства с ценником
- Квитанции об оплате проживания и(или) транспортировки для прохождения лечения или получения медицинского обслуживания
- Счет или квитанции на оплату корма для животных, дрессировки или ветеринарные услуги для специально обученного служебного животного.