



# **Registrierungspaket Registration Packet**

Juli 2020

**REGISTRIERUNG FÜR FOODSHARE WISCONSIN  
(FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION)**

**ANLEITUNG:** Wenn Sie diesen Antrag aufgrund einer Behinderung in einem anderen Format oder eine Übersetzung in eine andere Sprache benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Behörde. Die Telefonnummer der für Sie zuständigen Behörde finden Sie im Internet unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) oder wenden Sie sich telefonisch an die Kundendienstabteilung (Member Services) unter 800-362-3002. Übersetzungsdienstleistungen werden kostenlos angeboten.

Sie können dieses Antragsformular von einem anderen Erwachsenen ausfüllen lassen. Wenn Ihre FoodShare-Leistungen innerhalb der letzten 30 Tage eingestellt wurden, können Sie diesen Antrag ausfüllen oder Sie können sich an die für Sie zuständige Behörde wenden, um herauszufinden, wie Ihnen die FoodShare-Leistungen erneut gewährt werden können, ohne dieses Antragsformular auszufüllen.

Wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen für FoodShare erfüllen, werden die FoodShare-Leistungen ab dem Datum gewährt, an dem Ihr Antrag bei der für Sie zuständigen Behörde eingegangen ist. Ihr Antrag wird so schnell wie möglich bearbeitet, spätestens innerhalb von 30 Tagen ab dem Eingang Ihres Antrags bei der für Sie zuständigen Behörde.

Name – Antragsteller (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)		Sozialversicherungsnummer (optional)	
Geburtsdatum (MM/TT/JJ – optional)	Telefonnummer (optional)		Sind Sie derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Straße			
Ort		Bundesstaat	Postleitzahl
<b>UNTERSCHRIFT</b> – Antragsteller oder bevollmächtigter Vertreter		Datum der Unterschrift (MM/TT/JJ)	

**Priorisierung von FoodShare-Leistungen**

Wenn Sie unverzüglich Hilfe benötigen, können Sie möglicherweise innerhalb von sieben Tagen nach Eingang Ihres Antrags und/oder Registrierungsformulars FoodShare-Leistungen erhalten, wenn einer der folgenden Umstände auf Sie zutrifft:

- Ihr Haushalt hat 100 USD oder weniger in bar oder auf einem Bankkonto zur Verfügung und erwartet in diesem Monat ein Einkommen von weniger als 150 USD.
- Ihr Haushalt hat Miet-, Hypothekenzahlungen oder Betriebs- und Nebenkosten, die Ihr gesamtes (in bar oder auf einem Bankkonto verfügbares) monatliches Bruttoeinkommen für diesen Monat übersteigen.
- Zu Ihrem Haushalt gehört ein Migrant oder ein landwirtschaftlicher Saisonarbeiter, der kein Einkommen mehr erhält.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, um für eine schnellere Leistungsgewährung in Betracht gezogen zu werden.**

Was ist das erwartete Gesamt-Bruttoeinkommen für Ihren Haushalt in diesem Monat (vor Abzug von Steuern oder anderen Abzügen)?	\$ _____
Wie hoch sind die verfügbaren Vermögenswerte Ihres Haushalts insgesamt (z. B. Bargeld oder Geld auf Girokonten, Sparkonten oder Pauschalbeträge)?	\$ _____
Wie hoch ist der Gesamtbetrag für Miete oder Hypothekenzahlungen, den Sie diesen Monat für Ihren Haushalt bezahlen müssen?	\$ _____
Hat Ihr Haushalt für diesen Monat Wisconsin-FoodShare-Leistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnen Sie derzeit in einer Notunterkunft für Opfer häuslicher Gewalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Haushalt für diesen Monat in einem anderen Bundesstaat folgende Leistungen erhalten: Supplemental Nutrition Assistance Program (Lebensmittelbeihilfe-Programm) (SNAP, Lebensmittelmarken, elektronisches Überweisungssystem)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Mitglied Ihres Haushalts ein Migrant oder ein landwirtschaftlicher Saisonarbeiter, der seit Kurzem kein Einkommen mehr erhält und der erwartet, dass sein Einkommen in den nächsten 10 Tagen 25 USD nicht übersteigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Wenn Ihr Haushalt Betriebs- und Nebenkosten zahlen muss, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.**

Sofern Sie Miete zahlen: Sind die Heizkosten in der Miete eingeschlossen?  Ja  Nein

Bitte markieren Sie das (die) Kästchen für die Betriebskosten, die Ihr Haushalt bezahlen muss. Markieren Sie auch „Ja“ oder „Nein“, um anzugeben, ob die Beträge jeweils zum Beheizen Ihrer Wohnung verwendet werden.

	Zum Beheizen verwendet?	Zum Beheizen verwendet?
<input type="checkbox"/> Gas (Erdgas)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Heizöl/Petroleum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Flüssiges Propangas (LPG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte markieren Sie das (die) Kästchen für die Nebenkosten, die Ihr Haushalt bezahlen muss.

Telefon  Wasser  Abwasser  Müllabfuhr  Installation  Aufpreis für Klimaanlage  Sonstige: \_\_\_\_\_

Sie können Ihren Antrag jederzeit einreichen. Um das Datum für die Antragstellung (ab dem die Leistungen gewährt werden) festzulegen, müssen Sie mindestens Ihren Namen und Ihre Adresse angeben und den Antrag unterschreiben. Sie können dann Ihren vollständig ausgefüllten Antrag im Internet unter [access.wi.gov](http://access.wi.gov) sowie per Briefpost, Fax, Telefon oder persönlich einreichen.

Sie werden zu einem persönlichen oder telefonischen Gespräch bei der für Sie zuständigen Behörde gebeten, um die restlichen Fragen zu Ihrem Antrag zu klären.

Sie müssen evtl. einen Nachweis für einen Teil Ihrer Antworten vorlegen. Unter „Erforderliche Nachweise“ finden Sie eine Liste der möglicherweise vorzulegenden Nachweise.

**Senden Sie Ihren Antrag und/oder die Nachweise/Bestätigungen per Post oder Fax an folgende Adresse:**

Wenn Sie in Milwaukee County leben:  
MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee, WI 53205

Fax: 888-409-1979

Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County leben:  
CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

Fax: 855-293-1822

Sie können Ihre Nachweise auch scannen und im Internet unter folgender Adresse hochladen: [access.wi.gov](http://access.wi.gov).

Wenn Sie einen Antrag auf BadgerCare Plus oder Medicaid stellen möchten, können Sie gleichzeitig mit Ihrem Antrag auf FoodShare-Leistungen einen Antrag für diese Gesundheitsfürsorgeprogramme im Internet unter [access.wi.gov](http://access.wi.gov) einreichen. Sie können auch ein Papier-Antragsformular für Leistungen im Rahmen dieser Gesundheitsfürsorgeprogramme ausfüllen. Antragsformulare stehen im Internet unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) zur Verfügung. Sie erhalten Sie auch bei der für Sie zuständigen Behörde.

**FOODSHARE WISCONSIN – WICHTIGE INFORMATIONEN**

Dieses Antragsformular gilt nur für FoodShare-Leistungen. Dies ist kein Antrag auf BadgerCare Plus, Family Planning Only Services (Ausschließliche Familienplanungsleistungen), Medicaid, Wisconsin Shares Child Care Subsidy (Zuschuss für die Kosten für Kinderbetreuung) oder Wisconsin Works (W-2). Sie können Ihren Antrag auf BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid und Wisconsin Shares im Internet unter [access.wi.gov](http://access.wi.gov) zusammen mit Ihrem FoodShare-Antrag einreichen. Für den Antrag auf W-2 (Wisconsin Works) wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Behörde.

Sie haben einen Rechtsanspruch auf FoodShare-Leistungen. Es ist nicht erforderlich, einen Antrag auf W-2 oder andere Programme zu stellen, um FoodShare-Leistungen erhalten zu können. FoodShare-Leistungen sind dazu bestimmt, die Ernährung von Haushalten mit geringem Einkommen zu unterstützen. Ein Haushalt besteht normalerweise aus Personen, die zusammenleben und Nahrungsmittel miteinander teilen. Die Höhe der FoodShare-Leistungen für einen Haushalt ist von der Größe, den Ausgaben und dem Einkommen des Haushalts abhängig. Die FoodShare-Leistungen werden auf einer Wisconsin-QUEST-Karte gewährt, die wie eine Debitkarte bei Lebensmittel- und Bauernmärkten verwendet werden kann, die FoodShare-Zahlungen akzeptieren.

Als FoodShare-Mitglied haben Sie verschiedene Rechte und Pflichten. Sie haben ein Recht darauf:

- innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Antragstellung eine Benachrichtigung über Ihren Teilnahmestatus zu erhalten.
- Leistungen innerhalb von 7 Tagen zu erhalten, wenn Sie die Voraussetzungen für sofortige Hilfeleistungen erfüllen.
- respektvoll behandelt und nicht diskriminiert zu werden aufgrund Ihres Alters oder Geschlechts sowie Ihrer Hautfarbe, Race, Behinderung, Religion, ethnischen Herkunft oder politischen Überzeugungen.

Sie sind verpflichtet:

- alle Fragen auf dem Antrag vollständig und ehrlich zu beantworten und mit Ihrem Namen zu unterschreiben, um damit unter Kenntnis der Strafbarkeit einer falschen eidesstattlichen Versicherung zu bestätigen, dass alle Ihre Angaben wahrheitsgemäß und korrekt sind.
- Nachweise für alle Informationen zu erbringen, die für die Prüfung Ihrer Anspruchsberechtigung erforderlich sind.
- die erforderlichen Mitteilungen über Änderungen im Rahmen der festgelegten Zeiträume vorzunehmen, die in den an Sie übermittelten Benachrichtigungen angegeben sind.
- die Leistungen nicht zu verkaufen, nicht damit zu handeln oder nicht weiterzugeben.
- FoodShare-Leistungen nur für den Kauf der zugelassenen Produkte zu verwenden.

Personen, die gegen die FoodShare-Richtlinien verstoßen, drohen der Ausschluss von der Teilnahme an diesem Programm, die Auferlegung einer Geld- oder Gefängnisstrafe oder alle drei Optionen.

Weitere Informationen zu Ihren Rechten und Pflichten finden Sie unter [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm).

#### **USDA-NICHTDISKRIMINIERUNGSERKLÄRUNG**

Unter Einhaltung der US-Bundeszivilrechtsgesetze und der zivilrechtlichen Vorschriften und Richtlinien des U.S. Department of Agriculture (USDA, Landwirtschaftsministerium der USA) sind Diskriminierung durch das USDA, seine Behörden, Dienststellen und Mitarbeiter sowie durch Institutionen, die an USDA-Programmen teilnehmen oder diese verwalten, aufgrund von Race oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung, Alter, politischer Überzeugungen oder zudem Repressalien oder Vergeltungsmaßnahmen aufgrund vorhergehender zivilrechtlicher Aktivitäten im Rahmen eines Programms oder einer Aktivität, die vom USDA durchgeführt oder finanziert wurde, nicht zulässig.

Personen mit Behinderungen, die andere Kommunikationsmittel für die Informationen über dieses Programm benötigen (z. B. Brailleschrift, Großdruck, Audio, Gebärdensprache usw.), sollten sich an die Behörde wenden, bei der sie die Leistungen beantragt haben. Personen mit Hörbehinderungen (Taubheit, Hörschwäche) oder Sprachbehinderungen können sich über den Federal Relay Service (bundesstaatlicher Relais-Service) unter (800) 877-8339 an das USDA wenden. Zudem können Informationen über dieses Programm auch in anderen Sprachen zur Verfügung gestellt werden.

Um im Rahmen dieses Programms eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte das Formular [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (Beschwerdeformular zum USDA-Programm gegen Diskriminierung) (AD-3027) aus, das Sie hier online finden: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>. Dieses Formular erhalten Sie auch bei jeder USDA-Dienststelle. Sie können sich außerdem per Briefpost an das USDA wenden und in Ihrem Schreiben sämtliche Informationen aufführen, die in diesem Formular angefordert werden. Eine Kopie des Beschwerdeformulars können Sie telefonisch unter (866) 632-9992 anfordern. Reichen Sie das ausgefüllte Formular oder Ihr Schreiben beim USDA ein:

- (1) Per Post: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Per Fax: (202) 690-7442
- (3) Per E-Mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Diese Einrichtung ist ein Anbieter, der Chancengleichheit und Gleichbehandlung fördert.

### **SCHRIFTLICHE MITTEILUNG**

Sie haben das Recht auf eine schriftliche Mitteilung von Ihrer zuständigen Behörde, bevor Maßnahmen eingeleitet werden, durch die Ihre FoodShare-Leistungen eingestellt oder gekürzt werden. In den meisten Fällen erhalten Sie mindestens 10 Tage vor dem Inkrafttreten der Maßnahme eine schriftliche Benachrichtigung per Briefpost.

### **FAIRE ANHÖRUNG**

Sie haben das Recht auf eine faire Anhörung, wenn Sie mit einer Maßnahme Ihrer zuständigen Behörde nicht einverstanden sind. Sie können eine faire Anhörung per Telefon unter 608-266-7709 beantragen. Sie können das Formular Request for Fair Hearing (Antrag auf faire Anhörung) oder einen Brief mit dem Antrag auf Anhörung auch per Fax an 608-264-9885 oder per Briefpost an folgende Adresse schicken:

Department of Administration  
Division of Hearing and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

Ihr Antrag muss innerhalb von 90 Tagen ab dem von der Behörde mitgeteilten Wirksamkeitsdatum für die FoodShare-Leistungen **oder**, wenn Sie mit der Höhe Ihrer Leistungen nicht einverstanden sind, zu einem beliebigen Zeitpunkt während des Bezugs von FoodShare-Leistungen eingereicht werden.

Das Formular Request for Fair Hearing kann im Internet unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) heruntergeladen werden. Sie können auch die in Ihrem Schreiben aufgeführte Behörde anrufen, um eine Anhörung zu beantragen.

Wenn Ihr Antrag auf eine faire Anhörung vor dem Wirksamkeitsdatum der Maßnahme bei der Division of Hearings and Appeals (Abteilung für Anhörungen und Berufungen) eingeht, werden Ihre FoodShare-Leistungen in den meisten Fällen nicht eingestellt oder reduziert. Sie können beantragen, dass Ihre Leistungen weiterhin mindestens so lange gewährt werden, bis eine Entscheidung über Ihren Einspruch getroffen wurde. Wenn während dieses Zeitraums eine andere damit nicht in Zusammenhang stehende Änderung eintritt, kann sich das auf Ihre FoodShare-Leistungen auswirken. Wenn eine andere Änderung eintritt, erhalten Sie eine neue Benachrichtigung per Briefpost. Wenn Sie mit der Entscheidung der fairen Anhörung nicht einverstanden sind, können Sie Einspruch einlegen und eine zweite faire Anhörung beantragen. Wenn Ihre Leistungen durch die Entscheidung im Rahmen der fairen Anhörung eingestellt oder gekürzt werden, müssen Sie unter Umständen Leistungen zurückzahlen, die Sie während der Bearbeitung Ihres Einspruchs erhalten haben. Sie können beantragen, dass die Leistungen nicht weiter gewährt werden.

Bei der Anhörung oder Verhandlung können Sie sich selbst vertreten oder eine Vertretung durch einen Anwalt, einen Bekannten oder eine andere Person Ihres Vertrauens wählen. Die Kosten für Ihren Anwalt werden von uns nicht übernommen. Es stehen Ihnen jedoch möglicherweise kostenlose Rechtsdienstleistungen zu, sofern Sie die entsprechenden Anforderungen erfüllen. Weitere Informationen über kostenfreie Rechtsdienstleistungen erhalten Sie unter 888-278-0633.

Wenn Sie oder Ihr Vertreter ohne guten Grund nicht zu dem Anhörungstermin erscheinen, wird Ihr Einspruch als zurückgezogen erachtet und abgewiesen.

### **GESETZLICHER VERTRETER, VERMÖGENSVERWALTER ODER HANDLUNGSBEVOLLMÄCHTIGTER**

Wenn ein gesetzlicher Vertreter, Vermögensverwalter oder Handlungsbevollmächtigter für Sie benannt wurde, kann diese Person dieses Formular für Sie ausfüllen und einreichen. Diese Person muss dann auch die entsprechenden Beweisdokumente über diese Vertretungs-/Handlungsvollmacht zusammen mit diesem Formular vorlegen.

### **BEVOLLMÄCHTIGTER VERTRETER**

Dieses Formular kann von einem bevollmächtigten Vertreter für Sie ausgefüllt und eingereicht werden. Sie können einen bevollmächtigten Vertreter bestimmen, indem Sie entweder das Formular Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (Vertretungsvollmacht für eine Person erteilen, ändern oder entziehen) (F-10126A) **oder** das Formular Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (Vertretungsvollmacht für eine Organisation erteilen, ändern oder entziehen) (F-10126B) ausfüllen. Beide Formulare stehen unter [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) zur Verfügung. Wenn ein bevollmächtigter Vertreter falsche Informationen angibt, die zur Festlegung Ihrer FoodShare-Leistungen zugrunde gelegt werden, sind Sie oder Ihr bevollmächtigter Vertreter für etwaige Fehler verantwortlich.

## **ERFASSUNG VON INFORMATIONEN/VERWENDUNG VON SOZIALVERSICHERUNGSNUMMERN/PERSONENBEZOGENE DATEN**

Die Erfassung der Daten, einschließlich der Sozialversicherungsnummer für jedes Mitglied Ihres Haushalts, beruht auf dem Food and Nutrition Act of 2008 (US-Gesetz über Nahrung und Ernährung von 2008), in der Fassung 7 U.S.C. 2011-2036. Die Informationen werden dazu verwendet, zu bestimmen, ob Ihr Haushalt für die Teilnahme an SNAP anspruchsberechtigt oder weiterhin anspruchsberechtigt ist. Diese Informationen werden von uns durch computergestützte Vergleichsprogramme verifiziert. Die Informationen werden außerdem zur Überwachung der Einhaltung von Programmvorschriften und zur Verwaltung von Programmen verwendet.

Die Informationen werden verwendet, um zu bestimmen, ob Ihr Haushalt Leistungen erhalten oder behalten kann.

Die von Ihnen angegebenen Informationen werden mithilfe von computergestützten Vergleichsprogrammen verifiziert. Die Informationen werden außerdem zur Überwachung der Einhaltung von Programmvorschriften und zur Verwaltung von Programmen verwendet.

Die Informationen werden möglicherweise zur amtlichen Prüfung an andere Behörden auf Landes- und Bundesebene sowie zur Festnahme von vor dem Gesetz auf der Flucht befindlichen Personen an Strafverfolgungsbehörden weitergegeben.

Wenn ein SNAP-Anspruch gegen Ihren Haushalt geltend gemacht wird, werden die Informationen aus Ihrem Antrag, einschließlich aller Sozialversicherungsnummern, zum Einzug von Ansprüchen an landes- und bundesstaatliche Behörden sowie an private Inkassounternehmen weitergegeben.

Die Angabe der erforderlichen Informationen, einschließlich der Sozialversicherungsnummer jedes Haushaltsmitglieds, erfolgt auf freiwilliger Basis. Bei Nichtangabe einer Sozialversicherungsnummer wird der Antrag auf SNAP-Leistungen für alle Personen abgelehnt, für die keine Sozialversicherungsnummer angegeben wurde. Alle angegebenen Sozialversicherungsnummern werden auf die gleiche Weise verwendet und offengelegt wie Sozialversicherungsnummern von teilnahmeberechtigten Haushaltsmitgliedern.

Ihre Sozialversicherungsnummer wird den United States Citizenship and Immigration Services (US-Staatsbürgerschafts- und Einwanderungsbehörde, USCIS) nicht gemeldet.

## **IMMIGRATIONSSTATUS**

Um Leistungen im Rahmen des FoodShare-Programms zu erhalten, müssen Sie ein US-Bürger sein oder einen qualifizierenden Immigrationsstatus gemäß USCIS-Vorschriften haben. Der Immigrationsstatus aller Personen, die FoodShare-Leistungen beantragen, wird von der USCIS verifiziert und kann sich auf die Teilnahme am FoodShare-Programm und die FoodShare-Leistungen auswirken. Der Immigrationsstatus von Personen, die keinen Antrag auf FoodShare-Leistungen stellen oder die angeben, dass sie keinen qualifizierenden Immigrationsstatus bei der USCIS haben, wird **nicht** von der USCIS verifiziert. Das Einkommen dieser Personen kann sich jedoch auf die Teilnahme an FoodShare oder die FoodShare-Leistungen auswirken.

## **QUALITÄTSKONTROLLE**

Ihr FoodShare-Fall kann stichprobenweise vom Wisconsin Department of Health Services (Ministerium für Gesundheitsdienstleistungen des Bundesstaates Wisconsin) für eine Qualitätskontrolle ausgewählt werden. Eine FoodShare-Qualitätskontrolle ist eine Überprüfung Ihres FoodShare-Falls, mit der sichergestellt werden soll, dass die Behörde, die Ihre Teilnahme am FoodShare-Programm bewilligte, Ihre Leistungen richtig bemessen hat und die Richtlinien befolgt, die von der US-Bundesregierung hierzu erlassen wurden. Gemäß US-Bundesgesetz sind Sie zur Kooperation bei der Qualitätskontrolle verpflichtet. Wenn Sie die angeforderten Informationen nicht bereitstellen und nicht bei der Überprüfung Ihres Falls kooperieren, kann Ihr FoodShare-Fall zu den Akten gelegt (geschlossen) werden. In diesem Fall werden Sie über die Dauer dieser Maßnahme in Kenntnis gesetzt.

## **ANFORDERUNG FÜR EINZELPERSONEN IM ALTER VON 16 BIS 59 JAHREN ZUR REGISTRIERUNG ALS ARBEITSSUCHEND**

Alle Antragsteller für das und Teilnehmer am FoodShare-Programm im Alter von 16 bis 59 Jahren müssen als arbeitssuchend registriert sein, es sei denn, sie gelten als von dieser Anforderung befreit. Sie werden ab dem Zeitpunkt, an dem Ihre Anspruchsberechtigung auf FoodShare-Leistungen anerkannt wird, als arbeitssuchend gemeldet, es sei denn, Sie gelten als von dieser Anforderung befreit.

Sie gelten als von der Anforderung zur Registrierung als arbeitssuchend befreit, wenn **einer** der folgenden Punkte auf Sie zutrifft:

- Sie sind 16 oder 17 Jahre alt und nicht die primäre Person in Ihrer FoodShare-Gruppe.
- Sie sind 16 oder 17 Jahre alt und die primäre Person in Ihrer FoodShare-Gruppe, aber Sie sind in einer Schule oder auf Teilzeit in einem Beschäftigungs- oder Schulungsprogramm eingeschrieben.
- Sie sind erwerbsunfähig. Dies trifft in folgenden Fällen zu:
  - Sie erhalten vorübergehend oder auf Dauer Erwerbsunfähigkeitsleistungen von der Regierung oder einer privaten Quelle.
  - Sie gelten gemäß der für Sie zuständigen Behörde als geistig oder körperlich nicht für arbeitsfähig.
  - Sie haben einen Nachweis von einem Arzt oder einem Sozialarbeiter, der bestätigt, dass Sie nicht arbeiten können.
- Sie sind beim W-2-Programm eingeschrieben und erfüllen die W-2-Beschäftigungsanforderungen.
- Sie sind die primäre Betreuungsperson eines unterhaltsberechtigten Kindes unter 6 Jahren (unabhängig davon, ob das Kind in Ihrem Haushalt lebt oder nicht). Wenn Sie und eine andere Person jedoch gemeinsam das elterliche Betreuungsrecht für das Kind haben, kann nur einer von Ihnen als primärer Betreuer von der Anforderung zur Registrierung als arbeitssuchend ausgenommen werden.
- Sie sind die primäre Betreuungsperson einer anderen Person, die nicht für sich selbst sorgen kann (unabhängig davon, ob die Person in Ihrem Haushalt lebt oder nicht).
- Sie haben Arbeitslosenunterstützung beantragt oder erhalten diese Leistung.
- Sie nehmen regelmäßig an einem Programm zur Behandlung oder Rehabilitation von Alkohol- oder anderem Drogenmissbrauch teil.
- Sie arbeiten 30 oder mehr Stunden pro Woche oder Sie verdienen ein Arbeitsentgelt, das einem Verdienst von 30 oder mehr Stunden pro Woche bei US-Mindeststundenlohn entspricht.
- Sie sind mindestens halbezeitlich bei einer anerkannten Schule, einem Schulungsprogramm oder einer Einrichtung für höhere Bildung eingeschrieben.

Sie müssen möglicherweise entsprechende Nachweise erbringen, wenn Sie eine dieser Ausnahmen erfüllen. Die Registrierung als arbeitssuchend ist vorgeschrieben, die Teilnahme an einem Beschäftigungsprogramm ist jedoch freiwillig.

#### **SANKTION DER ANFORDERUNG ZUR REGISTRIERUNG ALS ARBEITSSUCHEND**

Wenn Sie die Anforderung zur Registrierung als arbeitssuchend und die Voraussetzungen für eine Befreiung von dieser Anforderung nicht erfüllen, können Sie für die angegebene Sanktionsperiode keine FoodShare-Leistungen erhalten. Dies trifft auch zu, wenn Sie Folgendes freiwillig oder ohne guten Grund tun:

- Sie lehnen eine geeignete Arbeit ab
- Sie kündigen einen Arbeitsvertrag mit 30 oder mehr Stunden pro Woche (oder bei dem Sie ein Arbeitsentgelt verdienen, das einem Verdienst von 30 oder mehr Stunden pro Woche bei US-Mindeststundenlohn entspricht)
- Sie reduzieren Ihre Arbeitsstunden auf weniger als 30 Stunden pro Woche (oder Ihr wöchentliches Einkommen auf weniger als das 30-fache des US-Mindeststundenlohns)
- Sie nehmen an einem W-2-Programm teil, erfüllen jedoch nicht die Beschäftigungsvoraussetzungen für die Teilnahme am W-2-Programm
- Sie erhalten Arbeitslosenunterstützung oder haben diese Leistungen beantragt, aber Sie erfüllen nicht die Beschäftigungsanforderungen des Programms für die Arbeitslosenunterstützung

Wenn Sie während der Sanktionsperiode in einen anderen FoodShare-Haushalt umziehen, wird die in Ihrer Sanktionsperiode verbleibende Zeit mit Ihnen auf diesen Haushalt übertragen. Länge der Sanktionsperiode:

- Ein Monat für die erste Sanktion.
- Drei Monate für die zweite Sanktion.
- Sechs Monate für die dritte und jede weitere Sanktion.

Eine Sanktionsperiode kann vorzeitig beendet werden, wenn Sie von der Anforderung zur Registrierung als arbeitssuchend befreit werden.

Sie müssen einen neuen FoodShare-Antrag stellen, wenn Sie nach Ende der Sanktionsperiode wieder Leistungen erhalten möchten. Wenn Sie Mitglied einer FoodShare-Gruppe sind, müssen Sie Ihren Sachbearbeiter bitten, Ihren Fall zu aktualisieren, anstatt erneut einen Antrag zu stellen.

## **BESCHÄFTIGUNGSANFORDERUNG FÜR NICHTBEHINDERTE ERWACHSENE IM ALTER VON 18 BIS 49 JAHREN**

Bestimmte Erwachsene im Alter zwischen 18 und 49 Jahren ohne minderjährige Kinder im Haushalt erhalten Leistungen im Rahmen des FoodShare-Programms nur für eine Dauer von drei Monaten in einem Zeitraum von 36 Monaten (drei Jahre), es sei denn, sie erfüllen die Beschäftigungsanforderung von FoodShare oder sie gelten als von dieser Anforderung befreit. Diese Beschäftigungsanforderung unterscheidet sich von der Anforderung zur Registrierung als arbeitssuchend.

Ihnen stehen drei Möglichkeiten zur Verfügung, um die Beschäftigungsanforderung zu erfüllen:

1. Sie arbeiten mindestens 80 Stunden pro Monat.
2. Sie nehmen mindestens 80 Stunden pro Monat an einem genehmigten Beschäftigungsprogramm teil, einschließlich:
  - a. FoodShare Employment and Training (FSET) Programm (FoodShare-Beschäftigungs- und Schulungsprogramm).
  - b. W-2.
  - c. Bestimmte Programme unter dem Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) (Gesetz über Arbeitnehmer-Innovationen und -Gelegenheiten).
3. Sie werden bei Ihrer Arbeit mit Sachleistungen bezahlt (Bezahlung mit Waren statt mit Geld) oder arbeiten mindestens 80 Stunden pro Monat ehrenamtlich.
4. Sie arbeiten (Arbeit mit Bezahlung in Form von Sachleistungen oder ehrenamtlich) und nehmen gleichzeitig an einem genehmigten Beschäftigungsprogramm teil, wobei insgesamt mindestens 80 Stunden pro Monat geleistet werden.

Sie erhalten Informationen über das FSET-Programm, wenn Ihnen FoodShare-Leistungen bewilligt wurden.

Sie können von dieser Anforderung befreit werden und müssen die Beschäftigungsanforderung möglicherweise nicht erfüllen, wenn einer der folgenden Umstände zutrifft:

- Sie haben ein Kind unter 18 Jahren im gleichen FoodShare-Haushalt.
- Sie sind die primäre Betreuungsperson einer Person, die nicht für sich selbst sorgen kann.
- Sie sind die primäre Betreuungsperson eines unterhaltsberechtigten Kindes unter 6 Jahren.
- Sie sind aufgrund Ihres körperlichen oder geistigen Zustands nicht in der Lage zu arbeiten. Hierzu zählt auch die langfristige Obdachlosigkeit. Langfristig obdachlos zu sein bedeutet, dass Sie für die nächsten 30 Nächte keine reguläre Bleibe haben.
- Sie sind schwanger.
- Sie erhalten Arbeitslosengeld oder haben dieses beantragt.
- Sie nehmen regelmäßig an einem Programm zur Behandlung oder Rehabilitierung von Alkohol- oder anderem Drogenmissbrauch teil.
- Sie sind mindestens halbezeitlich bei einer Einrichtung für höhere Bildung eingeschrieben.
- Sie sind mindestens 18 Jahre alt und mindestens halbezeitlich bei einer Hochschule eingeschrieben.
- Sie sind beim W-2-Programm eingeschrieben und erfüllen die W-2-Anforderungen.
- Sie arbeiten 30 oder mehr Stunden pro Woche oder Sie verdienen ein Arbeitsentgelt, das einem Verdienst von 30 oder mehr Stunden pro Woche bei US-Mindeststundenlohn entspricht.

**Hinweis:** Möglicherweise müssen Sie nachweisen, dass Sie von dieser Anforderung befreit wurden.

### **JOB CENTER (ARBEITSAMT)**

Das Job Center steht Ihnen zur Verfügung. Das Job Center verfügt über die größte Datenbank mit freien Stellen in Wisconsin. Besuchen Sie die Job-Center-Website unter [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com) oder benutzen Sie die Touchscreen-Computer bei Ihrem Job Center. Informationen über ein Job Center in Ihrer Nähe erhalten Sie unter 888-258-9966 (gebührenfrei).

### **ÜBERPRÜFUNG PER COMPUTER**

**Die Informationen in Ihrem Antrag werden durch das bundesstaatliche Einkommens- und Berechtigungsprüfungssystem überprüft. Wenn Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen, wird das von Ihnen mitgeteilte Arbeitseinkommen und Gehalt per Computer mit dem von Ihrem Arbeitgeber beim Department of Workforce Development (Abteilung für Personalentwicklung) gemeldeten Einkommen verglichen. Zudem werden Ihre Angaben zu Ihrem Einkommen und Ihren Vermögenswerten bei der IRS (US-Steuerbehörde), Social Security Administration (Sozialversicherungsverwaltung) und der Unemployment Insurance Division (Abteilung für Arbeitslosenversicherung) überprüft. Die Informationen von diesen Behörden können sich auf die Teilnahme Ihres Haushalts und/oder auf die Höhe der Leistung auswirken.**



Wenn sich von Ihnen angegebene Informationen als nicht korrekt erweisen, kann Ihr Antrag auf FoodShare-Leistungen abgelehnt und/oder können strafrechtliche Verfahren aufgrund der absichtlichen Angabe falscher Informationen eingeleitet werden. Sie müssen alle Leistungen zurückzahlen, die Sie aufgrund der Angabe falscher Informationen erhalten haben. Wenn ein FoodShare-Anspruch gegen Ihren Haushalt geltend gemacht wird, werden die Informationen aus Ihrem Antrag, einschließlich aller Sozialversicherungsnummern, zum Einzug von Ansprüchen an landes- und bundesstaatliche Behörden sowie an private Inkassounternehmen weitergegeben.

#### **FOODSHARE – WARNUNG VOR STRAFEN**

Jedes Mitglied Ihres Haushalts, das absichtlich gegen eine der folgenden Regeln verstößt, kann nach dem ersten Verstoß 12 Monate lang und nach dem zweiten Verstoß oder nach einem ersten Verstoß aufgrund von Betäubungsmitteln 24 Monate lang von FoodShare ausgeschlossen werden; der dritte Verstoß führt zum endgültigen Ausschluss.

- Angabe falscher Informationen oder Verschweigen von Informationen, um FoodShare-Leistungen zu erhalten oder zu behalten
- Handel mit FoodShare-Leistungen oder deren Verkauf
- Änderungen an den Karten, um Leistungen zu erhalten, deren Anspruchsberechtigungen Sie nicht erfüllen
- Verwendung von FoodShare-Leistungen für den Kauf von Nichtlebensmitteln, z. B. Alkohol oder Tabakwaren
- Verwendung der FoodShare-Leistungen, ID-Karten oder anderer Dokumente einer anderen Person

Je nach Wert der missbräuchlich verwendeten Leistungen kann Ihnen zudem eine Geldstrafe bis zu 250.000 USD, Gefängnis bis zu 20 Jahren oder beides auferlegt werden. Ein Gericht kann Sie auch für weitere 18 Monate von der Teilnahme an FoodShare Wisconsin ausschließen. Ein dauerhafter Ausschluss erfolgt, wenn Sie wegen Handel mit FoodShare-Leistungen im Wert von 500 USD oder mehr verurteilt werden. Sie verlieren Ihre Teilnahmeberechtigung an FoodShare Wisconsin für 10 Jahre, wenn sich herausstellt, dass Sie falsche Angaben bzgl. Ihrer Identität und Ihres Wohnsitzes gemacht haben, um gleichzeitig mehrere Leistungen zu erhalten. Auf der Flucht befindliche Verbrecher und Personen, die gegen Bewährungsauflagen verstoßen, sind nicht zur Teilnahme an FoodShare Wisconsin berechtigt. Sie unterliegen möglicherweise auch einer weiteren Strafverfolgung gemäß anderer Bundesgesetze.

Falls Sie FoodShare-Leistungen für den Handel (Kauf oder Verkauf) mit Betäubungsmitteln oder illegalen Drogen verwenden, werden Sie für den ersten Vorfall für einen Zeitraum von zwei Jahren und für den zweiten Vorfall dauerhaft vom FoodShare-Programm ausgeschlossen. Falls Sie mit Feuerwaffen, Munition oder Sprengstoffen handeln (Kauf oder Verkauf), werden Sie dauerhaft von FoodShare Wisconsin ausgeschlossen.

#### **ERFORDERLICHE NACHWEISE**

Ihr Antrag auf die Teilnahme am FoodShare-Programm kann erst dann bearbeitet werden, wenn Sie Nachweise für bestimmte Angaben vorlegen. Die folgende Liste enthält die erforderlichen Nachweise und Angaben über Dokumente, die Sie hierfür verwenden können.

- Wenn Sie für Ihr Gespräch persönlich bei der Behörde vorsprechen, sollten Sie so viele Nachweise wie möglich von der folgenden Liste mitbringen.
- Bei einem telefonischen Gespräch wird Ihnen danach eine Liste mit den erforderlichen Nachweisen zugesandt.

Wenn Sie die erforderlichen Nachweise nicht vorlegen können, sollten Sie Ihre zuständige Behörde darüber informieren, welche Nachweise Sie nicht bereitstellen können. Sie erhalten dann weitere Hilfestellung. Sie können auch um Vorlage von Nachweisen gebeten werden, die nicht in der folgenden Liste enthalten sind. In diesem Fall erhalten Sie von Ihrer zuständigen Behörde eine Liste mit den anderen erforderlichen Nachweisen.

#### **Identität**

- Führerschein
- Geburtsurkunde
- Reisepass oder US-Staatsbürgerkarte
- Lohn- oder Gehaltsscheck
- Mitarbeiter-ID
- Krankenhausakte

#### **Arbeitseinkommen**

- Kontrollabschnitte von Schecks der vergangenen 30 Tage
- Eine unterschriebene Erklärung des Arbeitgebers mit Angabe des erwarteten Bruttoeinkommens und den Zahltagen für die nächsten 30 Tage
- Das Formular Employer Verification of Earnings (Einkommensnachweis des Arbeitgebers, EVF-E)

#### **Anderes Einkommen**

- (z. B. Arbeitslosenunterstützung, Erwerbsunfähigkeits-, Sozialversicherungsleistungen, Rentenzahlungen, Veteranenrenten, Zuweisungen aus Militärsold)
- Bewilligungsbescheid
  - Kopie des letzten Schecks

Die folgenden Unterlagen sind evtl. erforderlich, um eine Gutschrift/einen Nachlass zu erhalten.

**Wohnkosten und Rechnungen für Betriebs- und Nebenkosten**

- Aktuelle Mietquittung mit dem Namen und der Telefonnummer des Vermieters
- Leasing- oder Hypothekenbescheid
- Bescheid über die Grundsteuer
- Rechnungen für Nebenkosten

**Kindesunterhalt**

(in einem anderen Staat als Wisconsin erhalten oder gezahlt)

- Bescheid über den Gerichtsbeschluss oder anderer Nachweis der Zahlung
- Zahlungsnachweis von einem anderen Bundesstaat

Wenn Sie mindestens 60 Jahre alt, blind oder behindert sind, kann Ihnen eine Gutschrift für bestimmte medizinische Kosten gewährt werden.

**Medizinische Kosten/Ausgaben**

Zu den medizinischen Kosten gehören unter anderem:

- Krankenhaus-, medizinische, zahnmedizinische und augenärztliche Dienstleistungen
- Beiträge für Krankenversicherung, Medicare-Beiträge und Kosten für eine Zusatzversicherung für verschreibungspflichtige Medikamente
- Verschreibungspflichtige und rezeptfreie Medikamente
- Pflegeheim-Dienstleistungen und Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege
- Medizinische Geräte und Zubehör/Verbrauchsgüter
- Kosten für Transport und Unterkunft zur Erlangung medizinischer Versorgung
- Zugehörige Kosten für ein speziell trainiertes Assistenztier
- Kosten für Notrufknopf (Lifeline/Medic Alert), sofern durch einen Arzt verschrieben
- Rechnung
- Detaillierte Quittung
- Arzneimittelverpackungen oder Pillendosen mit Preisangabe auf dem Etikett
- Krankenversicherungsdokument, das den Beitrag, die Mitversicherung, die Zuzahlung oder den Selbstbehalt angibt
- Bescheinigung von der Apotheke
- Rückzahlungsvereinbarung mit dem Dienstleister
- Bescheinigung des Arztes, dass das rezeptfreie Medikament verschrieben wurde
- Rechnung für die Dienste einer Krankenschwester für häusliche Krankenpflege, einer Haushaltshilfe oder Pflegehilfe
- Quittung für die Kosten für Unterkunft und/oder Transport zum Erhalt medizinischer Behandlung oder Dienstleistungen
- Rechnung oder Quittung für Tiernahrung, Training oder Tierarzt-Dienstleistungen für speziell trainierte Assistenztiere

## WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Division of Medicaid Services  
F-16019BG (07/2020)

## ANTRAG AUF FOODSHARE WISCONSIN (FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION)

Dieses Antragsformular gilt nur für FoodShare. Sie können damit weder Medicaid noch BadgerCare Plus, Wisconsin Shares oder Wisconsin Works (W-2) beantragen. Den Antrag auf Medicaid, BadgerCare Plus und Wisconsin Shares können Sie im Internet unter [access.wi.gov](http://access.wi.gov) zusammen mit Ihrem Antrag auf FoodShare stellen. Für einen Antrag auf W-2 müssen Sie sich an Ihre zuständige Behörde wenden. Diese Hilfsprogramme bieten Ihnen als Bestandteil von W-2 Unterstützung in Bezug auf Kosten für Gesundheit, Kinderbetreuung und die Jobsuche.

### Anleitung zum Ausfüllen dieses Formulars

- Schreiben Sie deutlich in Druckbuchstaben. Verwenden Sie einen blauen oder schwarzen Stift.
- Füllen Sie das Formular vollständig aus. Wenn Sie für Ihre Antworten mehr Platz benötigen, verwenden Sie ein leeres Blatt Papier. Reichen Sie das Formular bei **Ihrer zuständigen Behörde** ein. Die jeweilige Adresse finden Sie unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm). Alternativ erreichen Sie die Member Services (Kundendienstabteilung) unter 800-362-3002.
- Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich an Ihre zuständige Behörde.
- Sie können einen bevollmächtigten Vertreter den Antrag in Ihrem Namen stellen lassen. Um einen Vertreter zu bevollmächtigen, füllen Sie eine dieser beiden Formulare aus: Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (F10126A) (Vertretungsvollmacht für eine Person erteilen, ändern oder entziehen) oder Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (F10126B) (Vertretungsvollmacht für eine Organisation erteilen, ändern oder entziehen). Dieses Formular dient als Vollmacht darüber, dass Ihr Vertreter den Antrag in Ihrem Namen ausfüllen und unterzeichnen darf. Fordern Sie das Formular unter 800-362-3002 an oder besuchen Sie [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

### ABSCHNITT 1 – KONTAKTINFORMATIONEN

Bitte geben Sie an, wie wir Sie erreichen können. Geben Sie bei Telefonnummern immer die Vorwahl mit an.

Telefonnummer	Art des Anschlusses <input type="checkbox"/> Privates Festnetz <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> Arbeit	
Weitere Telefonnummer	Wem gehört diese Telefonnummer? <input type="checkbox"/> Mir selbst <input type="checkbox"/> Freund/-in <input type="checkbox"/> Nachbar/-in <input type="checkbox"/> Verwandte/-r	Wie heißt die Person?

E-Mail-Adresse

Wie und wann können wir Sie wochentags am besten erreichen?

### ABSCHNITT 2 – INFORMATIONEN ZUM ANTRAGSTELLER/ZUR ANTRAGSTELLERIN

Wenn Sie diesen Antrag für eine andere Person ausfüllen, beantworten Sie die übrigen Fragen bitte so, als wären Sie selbst diese Person.

**Hinweis:** Fragen zur ethnischen Herkunft und Race müssen nicht zwingend beantwortet werden. Wir stellen diese Fragen, um unsere Programme zu verbessern und sicherzustellen, dass es keine Diskriminierung aufgrund von ethnischer Herkunft oder Race gibt. Ihre Antworten spielen für die Entscheidung über Ihre Programme und Unterstützungen keine Rolle.

Name – Antragsteller/-in (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)	Geburtsdatum (MM/TT/JJ)	Sozialversicherungsnummer
Straße		
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl

Sind Sie derzeit obdachlos?  Ja  Nein

Postanschrift – falls abweichend von der Wohnadresse (inkl. Straße oder Postfach)

Stadt		Bundesstaat	Postleitzahl
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden	
US-Bürger/-in (nur für Antragsteller/-in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ethnische Herkunft (optional) <input type="checkbox"/> Hispanisch oder lateinamerikanisch <input type="checkbox"/> Weder hispanisch noch lateinamerikanisch	
Race (optional, Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Indigen (Nordamerika/Alaska) <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz/afroamerikanisch <input type="checkbox"/> Hawaiianisch/andere pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß			
In welcher Sprache möchten Sie Briefe von FoodShare erhalten?		Primäre Sprache Ihres Haushalts	

**ABSCHNITT 3 – INFORMATIONEN ZUM HAUSHALT**

Wenn Sie mehr Platz benötigen, beantworten Sie die Fragen bitte auf einem leeren Blatt Papier. **Hinweis:** Fragen zur ethnischen Herkunft und Race müssen nicht zwingend beantwortet werden. Wir stellen diese Fragen, um unsere Programme zu verbessern und sicherzustellen, dass es keine Diskriminierung aufgrund von ethnischer Herkunft oder Race gibt. Ihre Antworten spielen für die Entscheidung über Ihre Programme und Unterstützungen keine Rolle.

<b>Name – Ehepartner oder andere erwachsene Person</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)		Stellt diese Person einen Antrag auf FoodShare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum (MM/TT/JJ)		Sozialversicherungsnummer (falls Antrag gestellt wird)
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden
US-Bürger/-in (nur für Antragsteller/-in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ethnische Herkunft (optional) <input type="checkbox"/> Hispanisch oder lateinamerikanisch <input type="checkbox"/> Weder hispanisch noch lateinamerikanisch
Race (optional, Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Indigen (Nordamerika/Alaska) <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz/afroamerikanisch <input type="checkbox"/> Hawaiianisch/andere pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß		
Beziehung zum Antragsteller/ zur Antragstellerin	Teilen Sie sich Lebensmittel mit dieser Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegen Sie diese Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Name – Kind 1</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)		Stellt diese Person einen Antrag auf FoodShare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum (MM/TT/JJ)		Sozialversicherungsnummer (falls Antrag gestellt wird)

Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden	
US-Bürger/-in (nur für Antragsteller/-in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ethnische Herkunft (optional) <input type="checkbox"/> Hispanisch oder lateinamerikanisch <input type="checkbox"/> Weder hispanisch noch lateinamerikanisch	
Race (optional, Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Indigen (Nordamerika/Alaska) <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz/afroamerikanisch <input type="checkbox"/> Hawaiianisch/andere pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß			
Beziehung zum Antragsteller/zur Antragstellerin		Teilen Sie sich Lebensmittel mit dieser Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegen Sie diese Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Name – Kind 2</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)			Stellt diese Person einen Antrag auf FoodShare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum (MM/TT/JJ)		Sozialversicherungsnummer (falls Antrag gestellt wird)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden	
US-Bürger/-in (nur für Antragsteller/-in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ethnische Herkunft (optional) <input type="checkbox"/> Hispanisch oder lateinamerikanisch <input type="checkbox"/> Weder hispanisch noch lateinamerikanisch	
Race (optional, Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Indigen (Nordamerika/Alaska) <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz/afroamerikanisch <input type="checkbox"/> Hawaiianisch/andere pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß			
Beziehung zum Antragsteller/zur Antragstellerin		Teilen Sie sich Lebensmittel mit dieser Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegen Sie diese Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Name – Kind 3</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)			Stellt diese Person einen Antrag auf FoodShare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum (MM/TT/JJ)		Sozialversicherungsnummer (falls Antrag gestellt wird)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden	
US-Bürger/-in (nur für Antragsteller/-in) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ethnische Herkunft (optional) <input type="checkbox"/> Hispanisch oder lateinamerikanisch <input type="checkbox"/> Weder hispanisch noch lateinamerikanisch	
Race (optional, Mehrfachauswahl möglich) <input type="checkbox"/> Indigen (Nordamerika/Alaska) <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz/afroamerikanisch <input type="checkbox"/> Hawaiianisch/andere pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß			

Beziehung zum Antragsteller/zur Antragstellerin	Teilen Sie sich Lebensmittel mit dieser Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegen Sie diese Person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--	--

**ABSCHNITT 4 – INFORMATION ZU SCHÜLER/-INNEN / STUDENT/-INNEN**

Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie ein separates Blatt Papier.

Ist eine Person betroffen, die zwischen 18 und 49 Jahre alt ist und eine (Hoch-)Schule besucht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nein, weiter mit Abschnitt 5.	Name – Schüler/-in bzw. Student/-in (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)
--	---

Name der (Hoch-)Schule	Umfang der Beschulung / des Studiums: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
------------------------	--

Ist die Person mindestens 20 Stunden pro Woche erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kümmert sich die Person um ein Kind unter 6 Jahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Ist die Person in einem Bildungsprogramm eingeschrieben, das innerhalb von maximal zwei Jahren abgeschlossen wird und zu einer Beschäftigung führen wird?  
 Ja  Nein

Kümmert sich die Person um ein Kind im Alter von 6 bis 12 Jahren und ist keine angemessene Tagesbetreuung für das Kind verfügbar?  
 Ja  Nein

Ist die Person alleinerziehend und hat ein Kind unter 12 Jahren, das in Vollzeit zur Schule geht?  
 Ja  Nein

Nimmt die Person an einem von der US-Bundesregierung oder der Regierung eines Bundesstaates geförderten Work-Study-Programm (Arbeit und Bildung) teil?  
 Ja  Nein

Ist die Person aufgrund einer vorübergehenden oder bleibenden Behinderung nicht arbeitsfähig?  
 Ja  Nein

Findet die Beschulung / das Studium der Person im Rahmen des Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA, Gesetz zu Innovation und Chancen von Arbeitskräften), W-2, oder von FoodShare Employment and Training (FSET, FoodShare Beschäftigungs- und Schulungsprogramm) statt?  
 Ja  Nein

**ABSCHNITT 5 – ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN ZUM HAUSHALT**

Ist eine Person betroffen, die von der Social Security Administration (Sozialversicherungsverwaltung), Veterans Administration (Veteranenverwaltung) oder dem Railroad Retirement Board (Eisenbahn-Ruhestandsgremium) als schwerbehindert (totally disabled) eingestuft wurde?  
 Ja  Nein

Name (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)	Datum der Feststellung der Behinderung (MM/TT/JJ)
--	---

Wurde eine Person wegen eines Drogendelikts verurteilt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)	Datum der Verurteilung (MM/TT/JJ)
--	--	-----------------------------------

Ist eine Person betroffen, bei der es sich um eine/-n gesuchte/-n Straftäter/-in handelt oder die gegen ihre Bewährungsauflagen verstößt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)
--	--

**ABSCHNITT 6 – ABWESENDES ELTERNTEIL**

Sind Kinder betroffen, deren biologische oder Adoptiveltern nicht mit im Haushalt leben?

Ja  Nein

<b>Name des abwesenden Elternteils</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)		Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum (MM/TT/JJ)
Name(n) des Kindes / der Kinder			Beziehung zum Kind / zu den Kindern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Datum des Auszugs des Elternteils (MM/TT/JJ)		Datum des letzten Kontakts zum Elternteil (MM/TT/JJ)	
Gerichtsurteil Scheidung/Vaterschaft			
Fallnummer	County	Bundesstaat	

Grund für die Abwesenheit des Elternteils

<b>Name des abwesenden Elternteils</b> (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)		Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum (MM/TT/JJ)
Name(n) des Kindes / der Kinder			Beziehung zum Kind / zu den Kindern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Datum des Auszugs des Elternteils (MM/TT/JJ)		Datum des letzten Kontakts zum Elternteil (MM/TT/JJ)	
Gerichtsurteil Scheidung/Vaterschaft			
Fallnummer	County	Bundesstaat	

Grund für die Abwesenheit des Elternteils

**ABSCHNITT 7 – VERMÖGENSWERTE**

Informationen zu Vermögenswerten sind nur erforderlich, wenn Sie einen Antrag auf Notfallunterstützung stellen oder wenn es um einen Haushalt von älteren, blinden oder behinderten Personen geht. Geben Sie alle Vermögenswerte des Antragstellers / der Antragstellerin an. Geben Sie auch Vermögenswerte an, die im gemeinsamen Besitz mit anderen Personen sind. Geben Sie nicht den Wert persönlicher Haushaltsgegenstände an. Verfügbare Vermögenswerte beziehen sich auf Vermögenswerte, die jederzeit zu Geld gemacht werden können. Vermögenswerte sind zum Beispiel Bargeld, Giro- oder Sparkonten, Einlagenzertifikate, Treuhandfonds, Aktien, Anleihen (sofern nicht für Ausbildungs- oder Beerdigungskosten vorgesehen), Zinsen für Renten (annuities), US-Sparbriefe, Eigentumsverträge, Urkundenverträge, Timeshare-Ferienimmobilien, Mietimmobilien, Lebensversicherungen oder persönliches Eigentum, das zu Investitionszwecken gehalten wird.

Art des Vermögenswerts	Name des/der Besitzer(s)	Aktueller Wert	Beschreibung (z. B. Bank oder Finanzinstitut, Kontonummer)
Bargeld		\$	
Girokonto		\$	

Sparkonto		\$	
Andere Art von Vermögenswert		\$	
Andere Art von Vermögenswert		\$	
Andere Art von Vermögenswert		\$	

**ABSCHNITT 8 – BESCHÄFTIGUNG/EINKOMMEN UND GEHALT**

Die Registrierung bei FoodShare ist vom gesamten Haushaltseinkommen abhängig. Geben Sie in diesem Abschnitt keine Informationen zu selbstständiger Tätigkeit an. Informationen zu selbstständiger Tätigkeit werden in Abschnitt 10 eingetragen. Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie ein separates Blatt Papier.

Ist eine betroffene Person als Wanderarbeitnehmer registriert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist ein Mitglied Ihres Haushalts erwerbstätig? Falls ja, beantworten Sie die folgenden Fragen für jedes Haushaltsmitglied, das erwerbstätig ist. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

<b>Name der erwerbstätigen Person</b>	Datum der Aufnahme der Erwerbstätigkeit (MM/TT/JJ)
---------------------------------------	--

Name und Adresse des Arbeitgebers

Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	Anzahl an Arbeitsstunden im Zahlungszeitraum
Stundenlohn \$	Bruttoeinkommen (vor Steuerabzug) pro Zahlungszeitraum \$

<b>Name der erwerbstätigen Person</b>	Datum der Aufnahme der Erwerbstätigkeit (MM/TT/JJ)
---------------------------------------	--

Name und Adresse des Arbeitgebers

Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	Anzahl an Arbeitsstunden im Zahlungszeitraum
Stundenlohn \$	Bruttoeinkommen (vor Steuerabzug) pro Zahlungszeitraum \$

**ABSCHNITT 9 – VERLUST DES ARBEITSPLATZES**

Ist eine betroffene Person kürzlich arbeitslos geworden? Falls ja, füllen Sie Abschnitt 9 weiter aus.

Ja  Nein

Name (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)	Datum der Beendigung des Arbeitsverhältnisses (MM/TT/JJ)
--	--

Name und Adresse des Arbeitgebers

Grund für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Eigene Kündigung <input type="checkbox"/> Selbstverschuldete Entlassung (fired) <input type="checkbox"/> Betriebsbedingte Entlassung (laid off) <input type="checkbox"/> Anderer	Hat die Person Arbeitslosengeld beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---



**ABSCHNITT 10 – EINKOMMEN AUS SELBSTSTÄNDIGER TÄTIGKEIT**

Bitte geben Sie an, ob und welches Einkommen Sie selbst und/oder eine andere Person in Ihrem Haushalt erwirtschaften. Falls Sie mehr Platz benötigen oder mehr als eine Person selbstständig tätig ist, verwenden Sie ein separates Blatt Papier.

Ist eine Person in Ihrem Haushalt selbstständig tätig? Falls ja, füllen Sie Abschnitt 10 weiter aus.

Ja  Nein

Name der selbstständigen Person

Name des Unternehmens

Adresse des Unternehmens

Eigentumsverhältnisse des Unternehmens

Partnerschaft  S Corporation  Einzelunternehmen  Weiß nicht

Art des Unternehmens (z. B. Landwirtschaft, Tagesbetreuung)

Datum der Unternehmensgründung

Hat das Unternehmen Steuererklärungen eingereicht?  Ja  Nein

Falls ja, für welches Jahr wurde die letzte Steuererklärung eingereicht?

Haben sich die Einnahmen oder Ausgaben des Unternehmens erheblich geändert?

Ja  Nein  Weiß nicht

Wie ist der durchschnittliche Umsatz des Unternehmens pro Monat? Bitte geben Sie die Einnahmen vor Abzug von Ausgaben an. \$

Wie hoch sind im Durchschnitt die Gesamtausgaben des Unternehmens pro Monat? \$

Wie viele Stunden arbeitet diese Person durchschnittlich pro Monat für dieses Unternehmen?

**ABSCHNITT 11 – SACHLEISTUNGEN ODER EINKOMMEN AUS EHRENAMTLICHER ODER SONSTIGER TÄTIGKEIT**

Bitte geben Sie jegliche Sachleistungen (Güter, Lebensmittel oder Dienstleistungen gegen Arbeit) bzw. jegliches Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit an, die/das Sie und/oder eine andere Person in Ihrem Haushalt beziehen. Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie ein separates Blatt Papier.

Name – Person oder Organisation, die Sachleistungen gegen Arbeit oder Dienstleistungen bereitstellt

Straße

Telefonnummer

Stadt

Bundesstaat

Postleitzahl

Welche Arbeit oder Dienstleistung wird gegen die Sachleistungen ausgeführt?

Wie viele Arbeitsstunden werden pro Monat geleistet?

Datum der Aufnahme der Tätigkeit/Dienstleistung

Name – Person oder Organisation, bei der Sie ehrenamtlich tätig sind

Straße

Telefonnummer

Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
Auf wie viele Arbeitsstunden pro Monat beläuft sich die ehrenamtliche Tätigkeit?		Datum der Aufnahme der ehrenamtlichen Tätigkeit

**ABSCHNITT 12 – SONSTIGES EINKOMMEN**

Falls Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie ein separates Blatt Papier.

Empfängt jemand in Ihrem Haushalt sonstiges Einkommen? Falls ja, füllen Sie den folgenden Abschnitt bitte für jede Einkommensart aus.

Ja  Nein

Art des Einkommens	Name – Wer erhält dieses Einkommen?	Monatlicher Brutto-Betrag
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Supplemental Security Income, SSI (Zusätzliche Sozialhilfeleistungen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Alimente/Unterhalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Arbeiterunfallversicherung/Arbeitslosenhilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Invaliditätsentschädigung/Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Zinsen/Dividenden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Unterstützungsleistungen für Veteranen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	\$

**ABSCHNITT 13 – AUSGABEN**

**Betreuung von Angehörigen:** Zahlt eine betroffene Person für die Betreuung eines Kindes oder einer erwachsenen Person, um einer Erwerbstätigkeit nachgehen bzw. eine solche suchen, zur Schule gehen oder eine Ausbildung erhalten zu können?

Ja  Nein

Wer zahlt für die Betreuung des Kindes/der erwachsenen Person?	An wen werden die Zahlungen entrichtet?	Für wen werden die Zahlungen entrichtet?
Betrag \$	Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	

**Kindesunterhalt:** Wurde eine betroffene Person gerichtlich dazu aufgefordert, für ein Kind Unterhalt zu zahlen?

Ja  Nein

Wer zahlt den Unterhalt?	An wen werden die Zahlungen entrichtet?	Für wen werden die Zahlungen entrichtet?
Betrag \$	Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	

**Medizinische Ausgaben:** Muss eine ältere oder behinderte Person in Ihrem Haushalt medizinische Kosten selbst bezahlen? Beispiele finden Sie auf Seite 9 der FoodShare Wisconsin Registration.

Ja  Nein

Für wen entstehen die Kosten?	Wofür entstehen diese Kosten?
-------------------------------	-------------------------------

Betrag \$	Zahlungsrhythmus <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich
--------------	--

**Kosten für Unterkunft:** Muss eine Person in Ihrem Haushalt für Unterkunft zahlen (z. B. Miete, Kredit, Grundsteuern)?

Ja  Nein

Wer bezahlt diese Kosten?	Monatlicher Betrag des gesamten Haushalts \$
---------------------------	---

Wofür entstehen diese Kosten?

Miete/Stellplatzmiete  Kredit  Grundsteuer  
 Hauseigentümer-Versicherung  Wohnmobil-Miete  Sonderumlagen

**Nebenkosten:**

Zahlt eine Person in Ihrem Haushalt Nebenkosten?

Ja  Nein

Falls Sie Miete zahlen: Sind die Nebenkosten enthalten?

Ja  Nein

Kreuzen Sie an, welche Kosten Ihr Haushalt zahlen muss und ob damit Ihr Zuhause geheizt wird.

	Für die Beheizung?			Für die Beheizung?	
<input type="checkbox"/> Gas (Erdgas)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Brennstoff/Kerosin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Flüssigpropangas (LPG)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kreuzen Sie an, welche Nebenkosten Ihr Haushalt zahlen muss.

Telefon  Wasser  Abwasser  Müllentsorgung  Installation  Aufpreis für Klimaanlage  Sonstige: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Wohnbeihilfe (Abschnitt 8 oder anderweitig geförderte Sozialwohnung)?

Ja  Nein

**ABSCHNITT 14 – RECHTE UND PFLICHTEN**

**Unparteiische Anhörung:** Ich habe verstanden, dass ich das Recht habe, eine unparteiische Anhörung zu beantragen, um gegen alle Maßnahmen, die in Bezug auf meinen Antrag oder auf laufende Leistung ergriffen werden, Einspruch einzulegen, falls ich mit diesen Maßnahmen nicht einverstanden bin. Ich habe verstanden, dass ich eine unparteiische Anordnung unter der Telefonnummer 608-266-7709 beantragen kann oder indem ich einen Brief oder das Formular Request for Fair Hearing (Antrag auf unparteiische Anhörung) per Fax an 608-264-9885 sende oder per Post an die folgende Adresse:

Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53708-7875

Ich kann das Formular Request for Fair Hearing (Antrag auf unparteiische Anhörung) hier herunterladen: [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm). Ich kann mich auch an die Behörde wenden, bei der ich den Antrag gestellt habe, und eine unparteiische Anhörung mündlich oder schriftlich beantragen. Ich habe verstanden, dass ich weitere Informationen im Handbuch ForwardHealth Enrollment and Benefits (P-00079) (ForwardHealth Anträge und Unterstützung) finde.

**SIE HABEN DAS RECHT AUF EINE SCHRIFTLICHE BENACHRICHTIGUNG** von dieser Behörde, bevor Ihre FoodShare-Unterstützung beendet oder verringert wird. Bei den meisten Maßnahmen erhalten Sie spätestens 10 Tage, bevor die Maßnahme in Kraft tritt, einen Brief.

**SIE HABEN DAS RECHT:**

- einen Antrag zu erhalten und Ihren Antrag sofort annehmen zu lassen.
- sich von einer erwachsenen Person, die mit Ihrer Situation vertraut ist, dabei helfen zu lassen, FoodShare-Unterstützung zu beantragen und zu verwalten.
- Ihre FoodShare-Unterstützung innerhalb von 30 Tagen nach der Antragstellung zu erhalten, sofern Sie die Anforderungen erfüllen.
- FoodShare-Unterstützung innerhalb von 7 Tagen nach der Antragstellung zu erhalten, sofern Sie die Anforderungen für eine schnellere Bereitstellung erfüllen.
- nicht diskriminiert zu werden aufgrund Ihres Alters oder Geschlechts sowie Ihrer Hautfarbe, Race, Behinderung, Religionszugehörigkeit, nationalen Herkunft oder politischen Ansichten.
- dass Ihre Bürgerrechte gewahrt werden.
- dass Sie vom Personal der zuständigen Behörde mit Respekt behandelt werden.
- dass Ihre persönlichen Informationen vertraulich behandelt werden.
- die zuständige Behörde zu bitten, alles zu erklären, was Sie nicht verstehen.
- vorab informiert zu werden, wenn Ihre FoodShare-Unterstützung beendet oder verringert wird (einschließlich der Gründe dafür).
- Aufzeichnungen und Dokumente der zuständigen Behörde einzusehen, die Sie betreffen, sofern diese nicht von einer vertraulichen Quelle stammen.
- eine Kopie der FoodShare-Richtlinien zu erhalten.
- eine unparteiische Anhörung zu beantragen, falls Sie mit einer Entscheidung der zuständigen Behörde nicht einverstanden sind. Eine unparteiische Anhörung gibt Ihnen die Gelegenheit, einem Anhörungsbeauftragten zu erklären, warum die Entscheidung über Ihren Antrag oder Ihre Unterstützung Ihrer Meinung nach falsch war.

**SIE SIND VERPFLICHTET:**

- alle Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten, wenn Sie FoodShare-Unterstützung beantragen. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift unter Strafe des Meineids, dass alle Ihre Antworten wahrheitsgemäß sind.
- alle Nachweise zu erbringen, um die Sie gebeten werden.
- Veränderungen des Haushaltseinkommens zu melden, die die US-Armutsgrenze um 130 % übersteigen. Der entsprechende Betrag wird in Ihren Briefen aufgeführt. Die aktuelle US-Armutsgrenze finden Sie auch unter [www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm).
- zu melden, wenn die Arbeitszeit eines Mitglieds Ihres Haushalts mit zeitlich begrenzten FoodShare-Leistungen unter 80 Stunden pro Monat fällt.
- keine Änderungen an einer QUEST-Karte oder FoodShare-Dokumenten vorzunehmen.
- Ihre FoodShare-Leistungen, Dokumente oder QUEST-Karten nicht zu verkaufen, zu tauschen oder zu verschenken.
- Ihre FoodShare-Leistungen nur für den Kauf förderfähiger Produkte zu nutzen.

**Personen, die gegen die FoodShare-Richtlinien verstoßen, können vom Programm ausgeschlossen, mit einer Geldstrafe belegt und/oder inhaftiert werden.**

**Änderungen melden:** Ich verstehe, dass ich die Leistungen möglicherweise zurückzahlen muss und auch wegen Betrugs strafrechtlich verfolgt werden kann, wenn ich Leistungen erhalte, die ich nicht erhalten darf. Das ist der Fall, wenn ich nicht melde, wenn das Einkommen meines Haushalts 130 % der US-Armutsgrenze übersteigt und wenn die Arbeitszeit eines Mitglieds meines Haushalts zusammen mit zeitlich begrenzten FoodShare-Leistungen unter 80 Stunden pro Monat fällt.

**Ausgaben:** Ich verstehe, dass Ausgaben, die ich melde, wie z. B. für Unterkunft, Nebenkosten, Kinderbetreuung, Kindesunterhalt oder medizinische Kosten, die Höhe der FoodShare-Leistungen, die mein Haushalt erhält, beeinflussen können. Ich verstehe, dass ein Nichtmelden oder Nichtnachweisen einer Ausgabe so verstanden wird, dass ich keine Abrechnung für diese Ausgabe bekommen möchte.

**Einkommensminderung:** Ich verstehe, dass ich nicht verpflichtet bin, eine Einkommensminderung oder einen Einkommensverlust zu melden. Wenn ich das jedoch tue, habe ich möglicherweise Anspruch auf eine höhere FoodShare-Leistung. Ich verstehe, dass ich, solange ich die Minderung des monatlichen Einkommens meines Haushalts oder den Verlust eines Haushaltseinkommens nicht melde, keine daraus resultierende Erhöhung meiner FoodShare-Leistung erhalten werde.

**Einwanderungsstatus:** Ich verstehe, dass ich und alle anderen in meinem Haushalt lebenden Personen, die einen Antrag auf FoodShare stellen, Staatsbürger sein oder einen ausreichenden Einwanderungsstatus aufweisen müssen, um Leistungen zu erhalten. Ich verstehe, dass der Einwanderungsstatus jeder Person in meinem Haushalt, die Leistungen beantragt, von den United States Citizenship and Immigration Services (USCIS, US-Staatsbürgerschafts- und Einwanderungsbehörde) überprüft wird. Diese der USCIS zur Verfügung gestellten Informationen können sich auf die Anspruchsberechtigung und die Höhe der Leistungen meines Haushalts auswirken. Ich verstehe, dass mein Einwanderungsstatus von der USCIS **nicht** überprüft wird, wenn ich keine Hilfe für mich selbst beantrage oder wenn ich erkläre, dass mein Einwanderungsstatus nicht ausreichend ist, um die genannten Leistungen zu beziehen.

Jede Person, einschließlich Finanzinstituten, Kreditauskunfteien, Arbeitgebern oder Bildungseinrichtungen, ist gemäß Satzung § 49.22 (2) (2m) berechtigt, diese Informationen zu veröffentlichen: „Das Amt kann von jeder Person sämtliche Informationen anfordern, die es für die Verwaltung von Programmen, die die Zwecke des 7 USC 2011 bis 2029 erfüllen, für angemessen und notwendig erachtet. Jede Person in diesem Bundesstaat muss diese Informationen innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt eines Ersuchens gemäß diesem Unterabschnitt zur Verfügung stellen.“

Ich verstehe die Fragen und Erklärungen auf diesem Antragsformular. Ich verstehe die Strafen für falsche Angaben oder Regelverstöße. Ich bestätige unter Strafe des Meineids und falschen Schwüren, dass alle meine Antworten, einschließlich der Angaben zur Staatsbürgerschaft jedes Mitglieds meines Haushalts, das Leistungen beantragt, nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig sind. Ich verstehe und erkläre mich bereit, Dokumente zum Nachweis meiner Antworten vorzulegen. Ich verstehe, dass sich die zuständige Behörde mit anderen Personen oder Organisationen in Verbindung setzen kann, um erforderliche Nachweise für meine Anspruchsberechtigung und die Höhe der Leistungen zu erhalten.

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags bestätige ich, dass ich die oben genannten Rechte und Pflichten gelesen und verstanden habe.

**UNTERSCHRIFT** – Antragsteller oder Bevollmächtigter

Datum der Unterschrift  
(MM/TT/JJ)