



**Комплект регистрационной
документации
Registration Packet**

июль 2020 года

**РЕГИСТРАЦИЯ В ПРОГРАММЕ FOODSHARE ШТАТА WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION**

ИНСТРУКЦИЯ: Если ваши возможности ограничены и это заявление нужно вам в альтернативном формате или вам нужно перевести его на другой язык, пожалуйста, свяжитесь с вашим агентством. Чтобы получить номер телефона вашего агентства, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 800-362-3002. Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

Вы можете попросить другого взрослого заполнить заявление за вас. Если ваше действие ваших льгот по программе FoodShare было прекращено в течение последних 30 дней, вы можете заполнить это заявление или связаться с вашим агентством, чтобы узнать, можете ли вы снова открыть свои льготы FoodShare, не заполняя это заявление.

Если будет установлено, что вы имеете право на участие в программе FoodShare, ваши льготы FoodShare начнут действовать со дня получения вашего заявления вашим агентством. Ваша заявка будет обработана в кратчайшие сроки, не позднее 30 дней с даты получения вашей заявки вашим агентством.

Имя – Заявитель (Фамилия, Имя, Отчество)		Номер социального страхования (опционально)	
Дата рождения (мм/дд/гг – опционально)	Номер телефона (опционально)	В данный момент вы являетесь бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Улица			
Город		Штат	Почтовый индекс
ПОДПИСЬ – Заявитель или его уполномоченный представитель			Дата подписания (мм/дд/гг)

Приоритетные услуги FoodShare

Если вам нужна немедленная помощь, вы можете получить пособие FoodShare в течение семи дней с момента подачи заявления и/или регистрационной формы, если выполнится одно из следующих условий:

- Ваше домохозяйство имеет 100 или менее долларов наличными или в банке и будет иметь доход менее 150 долларов в этом месяце.
- Ваше домохозяйство несет расходы на аренду, оплату ипотеки или коммунальных услуг, которые превышают ваш общий ежемесячный доход (наличными или на банковских счетах) за этот месяц.
- В вашем домохозяйстве имеется мигрант или сезонный сельскохозяйственный работник, который перестал получать доход.

Ответьте на следующие вопросы, которые будут рассмотрены на предмет возможности предоставления более быстрого обслуживания.

Каков общий совокупный доход, ожидаемый вашим домохозяйством в этом месяце (до вычета налогов или других вычетов)?	\$ _____
Каковы общие доступные активы вашего домохозяйства (например, наличные деньги, деньги на чековых или сберегательных счетах или общая сумма денег)?	\$ _____
Какую сумму ваше домохозяйство в общей сложности платит за аренду или ипотеку в этом месяце?	\$ _____
Ваше домохозяйство получало пособия Wisconsin FoodShare в этом месяце?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В настоящее время вы живете в приюте для жертв домашнего насилия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получало ли ваше домохозяйство в этом месяце пособия по Supplemental Nutrition Assistance Program - Программе дополнительной помощи продовольствием (SNAP, талоны на питание, электронный перевод пособия)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли кто-либо в вашем домохозяйстве работником-мигрантом или сезонным сельскохозяйственным работником, который недавно перестал получать доход и не ожидает получить доход в размере более 25 долларов в течение следующих 10 дней?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если ваше домохозяйство должно оплачивать коммунальные услуги, ответьте на следующие вопросы.

Если вы платите за аренду, включена ли оплата отопления в стоимость аренды?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

Отметьте коммунальные услуги, которые должно оплачивать ваше домохозяйство, и отметьте «Да» или «Нет» в отношении того, используется ли 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"/> Сжиженный газ пропан	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Дрова	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Отметьте коммунальные услуги, за которые обязано платить ваше домохозяйство.

<input type="checkbox"/> Телефон	<input type="checkbox"/> Водопровод	<input type="checkbox"/> Канализация	<input type="checkbox"/> Вывоз мусора	<input type="checkbox"/> Установка
<input type="checkbox"/> Дополнительно плата за кондиционирование воздуха	<input type="checkbox"/> Прочее: _____			

Вы имеете право подать заявку в любое время. Чтобы установить дату подачи заявки (дату начала действия пособий), вы должны указать как минимум свое имя, адрес и поставить подпись. Затем вы можете заполнить полную заявку онлайн по адресу access.wi.gov, либо отправить ее почтой, по факсу, по телефону или лично.

Чтобы завершить остальную часть процесса подачи вашего заявления, вам нужно будет пройти собеседование с вашим агентством лично или по телефону.

Возможно, вам придется предоставить доказательства некоторых из ваших ответов. Смотрите список доказательств, которые вам могут понадобиться, в разделе «Необходимые доказательства».

Отправьте заявки и/или доказательства по почте или факсу:

Если вы живете в Milwaukee County:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

Если вы **не** живете в Milwaukee County:
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 онлайн на странице access.wi.gov.

Если вы хотите подать заявку на программы BadgerCare Plus или Medicaid, вы можете подать заявку на участие в этих программах медицинской помощи онлайн по адресу access.wi.gov одновременно с подачей заявления на участие в программе FoodShare. Или вы можете заполнить бумажную заявку на медицинское обслуживание. Заявки можно найти в Интернете по адресу www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или связавшись с вашим агентством.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ FOODSHARE WISCONSIN

Это заявление только на участие в программе предоставления льгот FoodShare. Это не является заявкой на участие в программах BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares Child Care Subsidy или Wisconsin Works (W-2). Вы можете подать заявку на участие в программах Medicaid, Family Planning Only Services, BadgerCare Plus и Wisconsin Shares онлайн по адресу access.wi.gov одновременно с подачей заявления на участие в программе FoodShare. Для подачи заявления на участие в программе W-2 вы должны обратиться в свое агентство.

FoodShare - это ваше право. Вам не нужно подавать заявку на участие в W-2 или других программах, чтобы иметь возможность получать помощь FoodShare. Пособия FoodShare предназначены для того, чтобы помочь удовлетворить потребности домохозяйств с низким доходом в питании. Домохозяйство обычно состоит из людей, которые живут и питаются вместе. Сумма пособий FoodShare, которые получает домохозяйство, зависит от размера домохозяйства, его расходов и дохода. Пособия FoodShare выдаются переводом на карту Wisconsin QUEST, которая используется как дебетовая карта в продуктовых магазинах или на фермерских рынках, принимающих FoodShare.

Как участник программы FoodShare, вы имеете права и обязанности. Ваши права:

- Право на уведомление о вашем статусе участия в течение 30 дней с момента подачи заявления.
- Право на получение пособия в течение семи дней, если вы имеете право на немедленную помощь.
- Право на уважительное отношение без дискриминации по признаку возраста, пола, расы, цвета кожи, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения или политических убеждений.

Ваши обязанности:

- Отвечать на все вопросы, содержащиеся в заявлении, полностью и честно и поставить свою подпись, подтверждая, что под страхом наказания за лжесвидетельство все ваши ответы являются правдивыми и правильными.
- Предоставить доказательства всей информации, необходимой для определения права на участие.
- Письменно сообщать о необходимых изменениях в указанные сроки.
- Не продавать и не раздавать полученную помощь.
- Использовать пособия FoodShare только для покупки разрешенных товаров.

Люди, нарушающие правила программы FoodShare, могут быть исключены из программы, оштрафованы, лишены свободы или подвергнуты всем трем наказаниям.

Для получения дополнительной информации о ваших правах и обязанностях, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm.

ЗАЯВЛЕНИЕ USDA ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и положениями и политиками U.S. Department of Agriculture (USDA) (Министерства сельского хозяйства США) в области гражданских прав, U.S. Department of Agriculture (Министерству сельского хозяйства США), его учреждениям, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, в любой программе или акции, проводимой или финансируемой USDA запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста и политических убеждений. Также недопустимы репрессии или возмездие за предшествующую деятельность в области гражданских прав.

Инвалиды, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обращаться в Агентство штата (или местное), где они подавали заявку на получение пособий. Люди, которые являются глухими, слабослышащими или имеют проблемы с речью, могут связаться с USDA через Federal Relay Service (Федеральную службу ретрансляции) по адресу: (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните Форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer), (AD-3027) которую можно найти по адресу: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>, и в любом офисе USDA или напишите письмо, адресованное USDA, предоставив в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA через:

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

Это учреждение является равносильным поставщиком услуг.

ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Вы имеете право получить письменное уведомление от своего агентства до того, как будут предприняты какие-либо действия по прекращению выдачи вам пособий FoodShare или их сокращению. Для большинства действий Вы получите письмо по крайней мере за 10 дней до осуществления действия.

СПРАВЕДЛИВОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО

Вы имеете право на справедливое разбирательство, если вы не согласны с каким-либо действием агентства. Вы можете потребовать справедливого разбирательства в устной форме, позвонив по телефону 608-266-7709. Вы также можете отправить форму запроса о беспристрастном разбирательстве или письмо с просьбой о проведении слушания по факсу 608-264-9885 или обычной бумажной почтой в:

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

Ваш запрос должен быть получен в течение 90 дней с даты введения агентством в силу ваших пособий FoodShare **или**, если вы не согласны с размером ваших пособий FoodShare, то в любое время, пока вы получаете пособия.

Форму Request for Fair Hearing (Запрос на справедливое разбирательство) можно скачать по адресу www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm, или вы можете позвонить в агентство, указанное в вашем письме, чтобы запросить слушание.

В большинстве случаев, если ваш запрос на справедливое судебное разбирательство будет получен Division of Hearings and Appeals (Отдел слушаний и апелляций) до даты вступления оспариваемого вами решения в силу, ваши льготы FoodShare не будут прекращены или уменьшены. Вы можете попросить, чтобы действие ваших льгот продолжалось, по крайней мере, до принятия решения по вашей апелляции. В течение этого времени, если произойдет другое несвязанное изменение, ваши льготы FoodShare могут измениться. Если изменится что-то еще, вы получите новое письмо. Если вы не удовлетворены решением о справедливом судебном разбирательстве, вы можете подать апелляцию и запросить повторное разбирательство. Если решение по справедливому слушанию прекращает действие ваших льгот или уменьшает их, то возможно вам придется выплатить любые пособия, которые вы получили во время рассмотрения вашей апелляции. Вы можете попросить не выдавать вам пособие в дальнейшем.

Вы можете представлять себя сами или быть представленным на слушании или конференции адвокатом, другом или кем-либо еще по вашему выбору. Мы не можем оплачивать вашего адвоката. Однако, вам могут быть доступны бесплатные юридические услуги, если вы имеете на это право. Чтобы узнать больше о бесплатной юридической помощи, позвоните 888-278-0633.

Если вы не явитесь или ваш представитель не явится на слушание без уважительной причины, ваша апелляция считается недействительной и будет отклонена.

ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН, КОНСЕРВАТОР ИЛИ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО

Если у вас есть законный опекун, консерватор или доверенное лицо, этот человек может заполнить и отправить эту форму от вашего имени. Этот человек также должен будет представить документы о своем назначении вместе с этой формой.

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Вы можете попросить своего уполномоченного представителя заполнить и отправить эту форму от вашего имени. Для назначения уполномоченного представителя заполните форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для физического лица (Appoint, Change или Remove an Authorized Representative: Person form, F-10126A) **или** форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для организации (Appoint, Change или Remove an Authorized Representative: Person form, F-10126B). Обе формы доступны по адресу www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm. Если уполномоченный представитель предоставляет неверную информацию, которая используется для определения размера ваших пособий FoodShare, то вы или ваш уполномоченный представитель будете нести ответственность за любые ошибки.

СБОР ИНФОРМАЦИИ / ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ / ЛИЧНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сбор этой информации, включая номер социального страхования каждого члена домохозяйства, разрешен в соответствии с Законом о продовольствии и питании 2008 года (Food and Nutrition Act), с внесенными в него поправками 7 U.S.C. 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения того, имеет ли ваше домохозяйство право на участие в программе SNAP или продолжает ли оно участвовать в ней. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.

Эта информация будет использоваться для определения того, может ли ваше домохозяйство получать или продолжать получать пособия.

Информация, которую вы предоставите, будет проверена с помощью компьютерных программ. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.

Эта информация может быть передана другим федеральным и государственным органам для официального ознакомления и сотрудникам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона.

Если к вашему домашнему хозяйству предъявляются претензии SNAP, информация по этому заявлению, включая все номера социального страхования, может быть передана для сбора претензий в федеральные агентства и органы штата, а также в частные агентства по сбору претензий.

Предоставление запрашиваемой информации, включая номера социального страхования каждого члена домохозяйства, является добровольным. Однако непредоставление номера социального страхования приведет к отказу в выплате пособий по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему номер социального страхования. Любые предоставленные номера социального страхования будут использоваться и раскрываться так же, как и номера социального страхования соответствующих членов домохозяйства.

Ваш номер социального страхования не будет передан в United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) (Служба гражданства и иммиграции США).

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Чтобы получить пособие FoodShare, вы должны быть гражданином США или иметь соответствующий иммиграционный статус в USCIS. Иммиграционный статус всех лиц, подающих заявку на FoodShare, будет проверен USCIS и может повлиять на участие в FoodShare и получение пособий. Иммиграционный статус **не будет** проверяться в USCIS в отношении любого лица, которое не подает заявку на FoodShare или указывает, что у него нет квалификационного иммиграционного статуса в USCIS. Однако, доход от этих лиц может повлиять на участие в FoodShare или размер пособий.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

Ваше личное дело в программе FoodShare может быть случайно выбрано Wisconsin Department of Health Services (Департаментом здравоохранения штата Висконсин) для контроля качества. Контроль качества FoodShare - это проверка вашего личного дела FoodShare, чтобы удостовериться, что агентство, которое зарегистрировало вас в FoodShare, предоставило ваши льготы правильно и соблюдает правила, установленные федеральным правительством. Федеральный закон гласит, что вы должны сотрудничать с проверкой качества. Если вы не предоставите запрошенную информацию и не будете участвовать в проверке, ваше дело FoodShare может быть закрыто. Если это произойдет, вам сообщат, как долго ваше дело может быть закрыто.

ТРЕБОВАНИЕ ПО РЕГИСТРАЦИИ ДЛЯ ПОИСКА РАБОТЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 до 59 лет

Все соискатели и участники FoodShare в возрасте от 16 до 59 лет должны быть зарегистрированы для поиска работы, если они не считаются освобожденными от этого требования. Вы будете зарегистрированы для поиска работы в тот момент, когда будет определено ваше право на участие в FoodShare, если вы не попадете под исключение.

Вы попадаете под освобождение от необходимости выполнения требований по регистрации для поиска работы, если выполняется **любое** из следующих условий:

- Вам 16 или 17 лет, и вы не являетесь основным лицом в группе FoodShare,
- Вам 16 или 17 лет, и вы являетесь основным лицом в группе FoodShare, но посещаете школу или программу трудоустройства и обучения как минимум на половину времени.
- Вы признаны непригодными для работы. Это применяется если:
 - Вы получаете пособие по временной или постоянной нетрудоспособности от правительства или из частного источника.
 - Ваше агентство обнаружило, что вы физически или умственно не способны работать.
 - Вы признаны неспособными работать по заявлению медицинского или социального работника.
- Вы участвуете в W-2 и соответствуете требованиям W-2.
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за ребенком-иждивенцем младше 6 лет (проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома). Однако, если вы и другой человек оба имеете родительский контроль над ребенком, только один из вас в качестве основного опекуна этого ребенка может быть освобожден от требований регистрации для поиска работы.
- Вы являетесь основным лицом, осуществляющим уход за другим человеком, который не может заботиться о себе (независимо от того, проживает ли он в вашем доме или вне вашего дома).
- Вы подали заявку на пособие по безработице или уже получаете его.
- Вы регулярно принимаете участие в программе лечения или реабилитации от алкоголизма или наркомании.
- Вы работаете 30 или более часов в неделю или получаете заработную плату, равную оплате 30 и более часов в неделю относительно федеральной минимальной заработной платы.
- Вы как минимум на половину времени посещаете школу, программу обучения или высшее учебное заведение.

Возможно, вам придется предоставить доказательства в ваше агентство, если вы соответствуете одному из этих исключений. Хотя регистрация для поиска работы обязательна, участие в рабочей программе является добровольным.

САНКЦИИ ПРИ НЕВЫПОЛНЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ ПО РЕГИСТРАЦИИ ДЛЯ ПОИСКА РАБОТЫ

Если вы не соблюдаете требования по регистрации для поиска работы и не имеете освобождения от этой обязанности, вы не сможете получать пособия FoodShare в течение указанного периода санкций. Это включает в себя ситуации, когда вы добровольно и без уважительной причины выполнили одно из следующих действий:

- Отказались от подходящего предложения о работе
- Уволились с работы, составлявшей 30 и более часов в неделю (или с работы с заработком, равным 30 часам в неделю по федеральной минимальной заработной плате)
- Сократили рабочее время до 30 часов в неделю (или сократили ваш заработок, чтобы он был меньше 30-кратной федеральной минимальной почасовой заработной платы)
- Принимаете участие в W-2, но не отвечаете требованиям программы W-2.
- Подали заявку на пособие по безработице или получили его, но не соответствовали рабочим требованиям программы компенсаций по безработице

Если в течение периода действия санкции вы переезжаете в другое домохозяйство FoodShare, оставшаяся часть вашего периода действия санкций будет переведена вместе с вами в это домохозяйство. Продолжительность санкционного периода составляет:

- Один месяц для первой санкции.
- Три месяца для второй санкции.
- Шесть месяцев для третьей и последующих санкций.

Вы можете досрочно завершить период санкций, если вы освобождаетесь от требований по регистрации на поиск работы.

Вам нужно будет повторно подать заявку на FoodShare, если вы хотите получать пособие после окончания периода действия санкций. Если вы являетесь частью группы FoodShare, вам нужно будет сообщить своему сотруднику программы, чтобы он обновил ваше дело, вместо того, чтобы повторно подавать заявку.

ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ РАБОТОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ ВОЗРАСТОМ ОТ 18 ДО 49 ЛЕТ

Некоторые взрослые в возрасте от 18 до 49 лет, не имеющие несовершеннолетних детей, проживающих дома, могут получать только ограниченные по времени трехмесячные льготы FoodShare в течение 36 месяцев (три года), если они не соответствуют требованиям FoodShare по трудоустройству или не считаются освобожденными их выполнения. Это требование по трудоустройству отличается от требования по регистрации для поиска работы.

Есть три способа удовлетворить требования по трудоустройству:

1. Работать не менее 80 часов каждый месяц.
2. Принимать участие в допустимой рабочей программе не менее 80 часов в месяц, например:
 - a. Занятость и обучение. FoodShare Employment and Training (FSET).
 - b. W-2.
 - c. Некоторые программы в соответствии с Законом об инновациях и возможностях трудовых ресурсов - Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA).
3. Иметь работу с оплатой в натуральной форме (оплачивается товарами, а не деньгами) или работать добровольцем не менее 80 часов в месяц.
4. Комбинировать обычную работу, работу в натуральной форме, работу волонтером или участие в допустимой рабочей программе на общую сумму 80 часов в месяц.

Вы получите информацию о программе FSET, если вы зарегистрированы в FoodShare.

Вы можете быть признаны освобожденными и вам может не потребоваться выполнение требований по работе, если выполнено любое из следующих действий:

- Вы живете с ребенком в возрасте до 18 лет, который является частью того же самого домохозяйства в программе FoodShare.
- Вы - основной опекун для человека, который не может заботиться о себе.
- Вы являетесь основным попечителем ребенка-иждивенца в возрасте до 6 лет.
- Вы физически или умственно не способны работать. Это включает в себя положение бездомного в течение длительного срока. Быть бездомным в течении длительного срока означает, что у вас не будет постоянного места для проживания в течение следующих 30 ночей.
- Вы беременны.
- Вы подали заявку на пособие по безработице или уже получаете его.
- Вы регулярно принимаете участие в программе лечения или реабилитации от алкоголизма или наркомании (AODA).
- Вы учитесь в высшем учебном заведении как минимум половину времени.
- Вы старше 18 лет и посещаете среднюю школу по крайней мере половину времени.
- Вы участвуете в W-2 и соответствуете требованиям W-2.
- Вы работаете 30 или более часов в неделю или получаете заработную плату, равную оплате 30 и более часов в неделю относительно федеральной минимальной заработной платы.

Примечание: Возможно, вам придется предоставить доказательство того, что вы попадаете под исключение.

ЦЕНТР ЗАНЯТОСТИ

Вам доступен Job Center (Центр занятости). Центр занятости является крупнейшим источником вакансий в штате Wisconsin. Посетите веб-сайт Job Center по адресу jobcenterofwisconsin.com, или вы можете использовать компьютеры с сенсорным экраном в вашем местном центре занятости. Чтобы найти ближайший к вам центр занятости, позвоните по телефону 888-258-9966 (бесплатный).

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОВЕРКА

Информация, содержащаяся в вашем заявлении будет проверяться через систему подтверждения доходов и прав нашего штата. Если вы работаете, ваш заработок и заработная плата, о которых вы сообщаете, будут проверяться компьютером на соответствие зарплате, о которой ваш работодатель сообщает в Department of Workforce Development (Департамент развития рабочей силы). IRS, Social Security Administration (Администрация социального обеспечения) и Unemployment Insurance Division (Отдел страхования от безработицы) также запрашиваются о доходах и активах, которые вы можете иметь. Информация, полученная от этих агентств, может повлиять на ваше участие и/или размер пособия вашего домохозяйства.

Если какая-либо информация, предоставленная вами, окажется неверной, вам может быть отказано в пособии FoodShare и/или вы будете привлечены к уголовной ответственности за предоставление заведомо ложной информации. Если вы предоставите ложную информацию, то должны будете возместить любые пособия, которые получили. Если к вашему домашнему хозяйству предъявляются претензии FoodShare, информация по этому заявлению, включая все номера социального страхования, может быть передана для сбора претензий в федеральные агентства и органы штата, а также в частные агентства по сбору претензий.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ ПРОГРАММЫ FOODSHARE

Любой член вашего домохозяйства, который намеренно нарушает любое из следующих правил, может быть отстранен от FoodShare на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или за первое нарушение, связанное с контролируемым веществом, и навсегда за третье нарушение.

- Предоставление ложной информации или сокрытие информации с целью получения или продолжения получения пособий FoodShare
- Любые сделки с использованием пособий FoodShare
- Изменение карт для получения льгот, на которые вы не имеете права
- Использование пособий FoodShare для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или табак
- Использование пособий FoodShare, идентификационных карточек или иных документов, принадлежащих другим лицам

В зависимости от стоимости неправильно использованных льгот вы также можете быть оштрафованы на сумму до 250 000 долларов США, лишены свободы на срок до 20 лет или и то и другое. Суд также может исключить вас из программы FoodShare Wisconsin еще на 18 месяцев. Вы будете навсегда дисквалифицированы, если будете осуждены за торговлю пособиями FoodShare в размере 500 долларов и более. Вы не сможете принимать участие в программе FoodShare Wisconsin в течение 10 лет, если обнаружится, что вы сделали мошенническое заявление в отношении вашей личности и места жительства, чтобы получить несколько льгот одновременно. Беглые преступники и нарушители правил условно-досрочного освобождения не могут принять участие в FoodShare Wisconsin. Вы также можете быть подвергнуты дальнейшему судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами.

Если вы совершаете сделку (покупка или продажа) с пособием FoodShare и контролируемые веществами или нелегальными наркотиками, вы будете лишены права участвовать в программе FoodShare на два года на первый раз и навсегда во второй. Если вы совершаете сделку (покупка или продажа) с пособием FoodShare и огнестрельным оружием, боеприпасами или взрывчатыми веществами, вам будет навсегда запрещен доступ в FoodShare Wisconsin.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Участие в FoodShare не может быть подтверждено, пока вы не предоставите доказательства определенных ответов. В приведенном ниже списке показано, какие доказательства нужны, и некоторые из вещей, которые вы можете использовать.

- Если ваше собеседование проходит в агентстве, принесите с собой как можно больше доказательств из списка ниже.
- Если вы проводите собеседование по телефону, после него вам будет выслан список того, что вам нужно будет предоставить в качестве доказательства.

Если вы не можете получить нужные вам документы, сообщите в ваше агентство, какие документы вы не можете получить, и ваше агентство поможет вам. Вас могут попросить предоставить доказательства, не перечисленные ниже. Если это так, ваше агентство вышлет вам список других необходимых доказательств.

Удостоверение личности

- Водительские права
- Свидетельство о рождении
- Паспорт или карта гражданина США
- Зарплатный чек
- Удостоверение сотрудника
- Медицинская карта

Заработанный доход

- Все чековые квитанции, полученные за последние 30 дней
- Подписанное заявление от работодателя, которое включает информацию о вашем доходе и даты оплаты, ожидаемые в течение следующих 30 дней
- Форма подтверждения доходов работодателем

Другие доходы

- (например, страхование по безработице, страхование по инвалидности, социальное обеспечение, выход на пенсию, пособия для ветеранов, военные отчисления)
- Наградное письмо
 - Копия последнего чека

Для получения кредита может потребоваться следующее:

Расходы на жилье и коммунальные платежи

- Текущая квитанция на оплату аренды с указанием имени и номера телефона арендодателя
- Арендные или ипотечные бумаги
- Налоговая декларация на недвижимость
- Счета за коммунальные услуги

Детские пособия

(полученные или выплаченные не в штате Wisconsin, а в другом штате)

- Судебные распоряжения или другие платежные документы
- Платежная ведомость из другого штата

Если вам 60 лет или больше, вы слепы или имеете инвалидность, то вы можете получить кредит на определенные медицинские расходы.

Медицинские расходы и издержки

Медицинские расходы и издержки включают следующее, но не ограничиваются им:

- Больничное, медицинское, стоматологическое обслуживание и услуги окулиста
- Премии за медицинское страхование, страховые взносы Medicare и расходы на схемы лечения лекарствами, отпускаемыми по рецепту
- Лекарства, отпускаемые по рецепту и без рецепта
- Дом престарелых и медицинское обслуживание на дому
- Медицинское оборудование и расходные материалы
- Расходы на транспортировку и размещение для получения медицинской помощи
- Соответствующая стоимость специально обученного служебного животного
- Оплата услуг Lifeline/Medic Alert по назначению врача
- Платежная ведомость
- Детализированные рецепты
- Пузырек от лекарства или таблеток с ценой на этикетке
- Полис медицинского страхования с указанием премии, совместного страхования, доплат или вычетов
- Выписка из аптеки
- Соглашение с поставщиком о возврате
- Выписка из заключения врача, подтверждающая назначение безрецептурного препарата
- Счет за услуги медсестры, домохозяйки или домашнего помощника
- Квитанции за размещение и/или транспортировку для получения лечения или медицинских услуг
- Счета или квитанции за корм, обучение или услуги ветеринара для специально обученного служебного животного

WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

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

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ FOODSHARE ШТАТА ВИСКОНСИН (FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION)

Это заявление только на участие в программе FoodShare. Это не является заявлением на участие в программах Medicaid, BadgerCare Plus, Wisconsin Shares или Wisconsin Works (W-2). Вы можете подать заявление на участие в программах Medicaid, BadgerCare Plus и Wisconsin Shares по Интернету на веб-сайте access.wi.gov одновременно с подачей заявления на участие в программе FoodShare. Для подачи заявления на участие в программе W-2 Вы должны обратиться в свое агентство. Эти программы могут помочь Вам с оплатой расходов на медицинское обслуживание, уходом за детьми или поиском работы в рамках W-2.

Как использовать эту форму

1. Заполняйте форму четко печатными буквами. Используйте синие или черные чернила.
2. Заполните заявление полностью. Если Вам требуется больше места для ответа, используйте чистый лист бумаги. Верните Ваше заявление в **свое агентство**. Для получения адреса своего агентства посетите веб-сайт www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или позвоните в отдел обслуживания клиентов (Member Services) по телефону 800-362-3002.
3. Если Вам нужна помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое агентство.
4. У Вас может быть уполномоченный представитель, который подаст заявление за Вас. Для назначения уполномоченного представителя заполните форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для физического лица (Appoint, Change или Remove an Authorized Representative: Person form, F10126A) или форму назначения, изменения или отзыва уполномоченного представителя для организации (Appoint, Change или Remove an Authorized Representative: Person form, F10126B) Это позволит Вашему уполномоченному представителю заполнить и подписать заявление за Вас. Для получения этой формы позвоните по телефону 800-362-3002 или посетите веб-сайт www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

РАЗДЕЛ 1 – КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, сообщите нам как мы можем связаться с Вами. Для номера телефона укажите код зоны.

Номер телефона	Тип телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий	
Другой номер телефона	Кому принадлежит этот номер телефона? <input type="checkbox"/> Свой <input type="checkbox"/> Другу <input type="checkbox"/> Соседу <input type="checkbox"/> Родственнику	Укажите имя этого человека.

Адрес электронной почты

Как лучше всего связаться с Вами в будние дни?

РАЗДЕЛ 2 – ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Если Вы заполняете это заявление для другого человека, ответьте на остальные вопросы так, как если бы Вы были этим человеком.

Примечание. Вы не обязаны отвечать на вопросы о расе и этническом происхождении, если Вы не хотите. Мы задаем эти вопросы, чтобы помочь улучшить наши программы и убедиться, что не допускается дискриминация по признаку этнического происхождения или расы. Ваши ответы не будут использоваться для принятия решения о Ваших программах и льготах.

Полное имя заявителя (фамилия, имя, средний инициал)	Дата рождения (мм/дд/гг)	Номер социального обеспечения
--	--------------------------	-------------------------------

Адрес с указанием улицы и номера дома

Город	Штат	Почтовый индекс
-------	------	-----------------

Вы в настоящее время бездомный? Да Нет

Почтовый адрес – если он отличается от адреса места жительства (укажите улицу или номер почтового ящика (PO box))

Город		Штат	Почтовый индекс
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США (только для подающего заявление лица) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское	
Раса (не обязательно, укажите одну или несколько) <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/Коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (азиатка) <input type="checkbox"/> Чёрный (чёрная)/Афро-американец (афро-американка) <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая)			
На каком языке Вы хотите получать письма программы FoodShare?		Основной язык, на котором говорят в Вашем доме.	

РАЗДЕЛ 3 – ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Если Вам требуется больше места, используйте чистый лист бумаги для ответа на эти вопросы. **Примечание.** Вы не обязаны отвечать на вопросы о расе и этническом происхождении, если Вы не хотите. Мы задаем эти вопросы, чтобы помочь улучшить наши программы и убедиться, что не допускается дискриминация по признаку этнического происхождения или расы. Ваши ответы не будут использоваться для принятия решения о Ваших программах и льготах.

Полное имя – супруг или другой взрослый (фамилия, имя, средний инициал)		Этот человек подает заявление на участие в программе FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата рождения (мм/дд/гг)		Номер социального обеспечения (если подает заявление)	
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США (только для подающего заявление лица) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское	
Раса (не обязательно, укажите одну или несколько) <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/Коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (азиатка) <input type="checkbox"/> Чёрный (чёрная)/Афро-американец (афро-американка) <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая)			

Отношение к заявителю.	Вы питаетесь совместно с этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
------------------------	--	---

Полное имя – ребенок 1 (фамилия, имя, средний инициал)	Этот человек подает заявление на участие в программе FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	---

Дата рождения (мм/дд/гг)	Номер социального обеспечения (если подает заявление)
--------------------------	---

Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)
--	---

Гражданин США (только для подающего заявление лица) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское
---	--

Раса (не обязательно, укажите одну или несколько)

Американский индеец (индианка)/Коренной житель (жительница) Аляски Азиат (азиатка)

Чёрный (чёрная)/Афро-американец (афро-американка)

Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов

Белый (белая)

Отношение к заявителю	Вы питаетесь совместно с этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
-----------------------	--	---

Полное имя – ребенок 2 (фамилия, имя, средний инициал)	Этот человек подает заявление на участие в программе FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	---

Дата рождения (мм/дд/гг)	Номер социального обеспечения (если подает заявление)
--------------------------	---

Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)
--	---

Гражданин США (только для подающего заявление лица) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское
---	--

Раса (не обязательно, укажите одну или несколько)

Американский индеец (индианка)/Коренной житель (жительница) Аляски Азиат (азиатка)

Чёрный (чёрная)/Афро-американец (афро-американка)

Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов

Белый (белая)

Отношение к заявителю	Вы питаетесь совместно с этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
-----------------------	--	---

Полное имя – ребенок 3 (фамилия, имя, средний инициал)		Этот человек подает заявление на участие в программе FoodShare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата рождения (мм/дд/гг)	Номер социального обеспечения (если подает заявление)	
Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Разведен (разведена)	
Гражданин США (только для подающего заявление лица) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этническое происхождение (не обязательно) <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское	
Раса (не обязательно, укажите одну или несколько) <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/Коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (азиатка) <input type="checkbox"/> Чёрный (чёрная)/Афро-американец (афро-американка) <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/Уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая)		
Отношение к заявителю	Вы питаетесь совместно с этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечиваете ли Вы уход за этим человеком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

РАЗДЕЛ 4 – ИНФОРМАЦИЯ О СТУДЕНТЕ

Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Есть ли кто-либо в возрасте 18-49 лет, посещающий учебное заведение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ответ «Нет», перейдите к разделу 5.	Полное имя – студент (фамилия, имя, средний инициал)
Название учебного заведения	Студент зачислен: <input type="checkbox"/> Неполная нагрузка <input type="checkbox"/> Полная нагрузка
Работает ли студент минимум 20 часов в неделю? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечивает ли студент уход за ребенком моложе 6 лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Зачислен ли студент в образовательную программу, которая будет завершена через два года или меньше и приведет к трудоустройству? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Обеспечивает ли студент уход за ребенком в возрасте 6– 12 лет, когда недоступно адекватное детское учреждение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Является ли студент родителем-одиночкой обеспечивающим уход за ребенком моложе 12 лет и зачисленным в учебное учреждение на полную нагрузку? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Участвует ли студент в финансируемой штатом или федеральным правительством программе совмещения учебы и работы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Студент не может работать ввиду временной или постоянной инвалидности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Студент зачислен в учебное заведение с помощью программ в соответствии с Законом о возможностях и обновлении рабочей силы (Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA)), W-2 или программой обучения и трудоустройства FoodShare (FoodShare Employment and Training (FSET))?

Да Нет

РАЗДЕЛ 5 – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Был ли кто-нибудь признан полностью нетрудоспособным Администрацией социального обеспечения, Администрацией по делам ветеранов или Советом по вопросам социального обеспечения железнодорожников?

Да Нет

Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)		Дата установления инвалидности (мм/дд/гг)
Был ли кто-нибудь осужден за преступление, связанное с наркотиками? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)	Дата вынесения обвинительного приговора (мм/дд/гг)
Является ли кто-нибудь сбежавшим преступником или нарушителем условно-досрочного освобождения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)	

РАЗДЕЛ 6 – ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВУЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ

Есть ли у кого-либо из детей биологическая или приемная мать или отец, которые не живут дома?

Да Нет

Полное имя отсутствующего родителя (фамилия, имя, средний инициал)	Номер социального обеспечения	Дата рождения (мм/дд/гг)
Имя(имена) ребенка(детей)		Родственное отношение к ребенку(детям) <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец
Дата, когда родитель покинул домохозяйство (мм/дд/гг)	Дата последнего контакта с родителем (мм/дд/гг)	
Судебное решение о расторжении брака / установлении отцовства		
Номер дела	Округ	Штат
Причина отсутствия родителя		
Полное имя отсутствующего родителя (фамилия, имя, средний инициал)	Номер социального обеспечения	Дата рождения (мм/дд/гг)
Имя(имена) ребенка(детей)		Родственное отношение к ребенку(детям) <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец
Дата, когда родитель покинул домохозяйство (мм/дд/гг)	Дата последнего контакта с родителем (мм/дд/гг)	

Судебное решение о расторжении брака / установлении отцовства

Номер дела	Округ	Штат
------------	-------	------

Причина отсутствия родителя

РАЗДЕЛ 7 – АКТИВЫ

Информация об активах необходима только в том случае, если Вы подаете заявление на получение экстренной помощи или в случае домохозяйства, в котором проживают физические лица пожилого возраста, слепые или инвалиды. Перечислите все активы, принадлежащие заявителю (заявителям). Включите активы, принадлежащие Вам совместно с кем-либо еще. Не включайте стоимость личных бытовых вещей. Доступные активы – это любые активы, которые могут быть обнеличены в любое время. Активы включают наличные деньги, чековые или сберегательные счета, депозитные сертификаты, трастовые фонды, акции, облигации (не выделяемые на образование или расходы на похороны), проценты в аннуитетах, сберегательные облигации США, соглашения об имуществе, договора приобретения недвижимости в рассрочку, таймшеры, недвижимость для сдачи в аренду, имущество, находящееся в пожизненном владении или личную собственность, удерживаемую в инвестиционных целях.

Тип актива	Имя владельца (владельцев)	Текущая стоимость	Описание (например, название банка или финансового учреждения, номер счета)
Наличные деньги		\$	
Чековый счет		\$	
Сберегательный счет		\$	
Другой тип актива		\$	
Другой тип актива		\$	
Другой тип актива		\$	

РАЗДЕЛ 8 – ЗАНЯТОСТЬ / ДОХОД ОТ РАБОТЫ И ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

Участие в программе FoodShare основано на общем доходе домохозяйства. Не указывайте в этом разделе самозанятых лиц. Самозанятые лица будут указаны в разделе 10. Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Является ли кто-либо из перечисленных лиц трудовым мигрантом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Работает ли кто-либо из членов домохозяйства? Если ответ «Да», ответьте на приведенные ниже вопросы для каждого работающего члена домохозяйства. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

Имя работающего лица	Дата начала занятости (мм/дд/гг)
----------------------	----------------------------------

Название и адрес работодателя

Платежный период заработной платы <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно	Количество рабочих часов в платежном периоде
Оплата за час \$	Валовой заработок (до уплаты налогов) за платежный период \$

Имя работающего лица	Дата начала занятости (мм/дд/гг)
Название и адрес работодателя	
Платежный период заработной платы <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно	Количество рабочих часов в платежном периоде
Оплата за час \$	Валовой заработок (до уплаты налогов) за платежный период \$

РАЗДЕЛ 9 – ПОТЕРЯ РАБОТЫ

Кто-нибудь недавно прекратил работать? Если ответ «Да», заполните остальную часть раздела 9.
 Да Нет

Полное имя (фамилия, имя, средний инициал)	Дата прекращения работы (мм/дд/гг)
Название и адрес работодателя	
Причина прекращения занятости <input type="checkbox"/> Уволился <input type="checkbox"/> Уволен <input type="checkbox"/> Сокращен <input type="checkbox"/> Прочее	Подавало ли это лицо заявление на пособие по безработице? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

РАЗДЕЛ 10 – ДОХОД САМОЗАНЯТОГО ЛИЦА

Пожалуйста, сообщите нам о любом доходе от самозанятости, который получаете Вы и/или кто-либо в Вашем домохозяйстве. Если Вам требуется больше места или несколько человек самозанято, используйте отдельный лист бумаги.

Кто-либо в Вашем доме самозанят? Если ответ «Да», заполните остальную часть раздела 10.
 Да Нет

Имя самозанятого лица	Название компании
Адрес компании	
Тип собственности компании <input type="checkbox"/> Товарищество <input type="checkbox"/> Корпорация типа S <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Я не знаю	
Тип компании (например, ферма, уход на дому)	Дата начала деятельности компании
Эта компания подает налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ответ «Да», за какой последний налоговый год эта компания подала налоговую декларацию?	
Произошли ли у компании существенные изменения в доходах или расходах? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю	
Сколько в среднем эта компания зарабатывает каждый месяц? Пожалуйста, укажите полученный доход до вычета расходов. \$	
Каковы в среднем общие расходы этой компании каждый месяц?	
Сколько в среднем часов в месяц этот человек работает в этой компании?	

РАЗДЕЛ 11 – ДОХОД В НАТУРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ИЛИ ДОХОД ОТ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОЧИЙ ДОХОД

Пожалуйста, сообщите нам о любой натуральной форме дохода (получение товаров, продуктов питания или услуг в обмен на работу) или волонтерской работе, которую выполняете Вы и/или кто-либо в Вашем доме. Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Название – физическое лицо или организация, предоставляющие товары, услуги или продукты питания в обмен на работу или услуги

Адрес с указанием улицы и номера дома		Номер телефона
Город	Штат	Почтовый индекс

Какие услуги или работа, выполняется в обмен на товары, услуги или продукты питания?

Сколько часов каждый месяц предоставляется?	Дата начала предоставления услуг
---	----------------------------------

Название – физическое лицо или организация, для которой предоставляются услуги

Адрес с указанием улицы и номера дома		Номер телефона
Город	Штат	Почтовый индекс
Сколько часов в месяц Вы работаете волонтером?	Дата начала предоставления услуг	

РАЗДЕЛ 12 – ПРОЧИЙ ДОХОД

Если Вам требуется больше места, используйте отдельный лист бумаги.

Кто-либо в Вашем домохозяйстве получает другой доход? Если ответ «Да», заполните раздел ниже для каждого типа дохода.

Да Нет

Вид дохода	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имя - Кто получает этот доход	Общая месячная сумма
Пособие социального обеспечения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Алименты/алименты на содержание ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Компенсация работникам/пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Инвалидность / оплата больничного листа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Проценты/дивиденды	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Пособия ветеранам войны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$
Прочее: _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$

РАЗДЕЛ 13 – РАСХОДЫ

Уход за иждивенцем: платит ли кто-либо за уход за ребенком или взрослым, чтобы они могли работать, искать работу, учиться или проходить обучение?

Да Нет

Кто платит за уход за ребенком/взрослым?	Кому производится оплата?	Для кого предназначена оплата?
Сумма \$	Платежный период <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно	

Алименты на содержание ребенка: есть ли кто-либо, обязанный по решению суда выплачивать алименты на содержание ребенка?

Да Нет

Кто платит алименты на содержание ребенка?	Кому производится оплата?	Для кого предназначена оплата?
Сумма \$	Платежный период <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно	

Медицинские расходы: имеется ли какой-либо член домохозяйства, который является пожилым или инвалидом и оплачивает медицинские расходы из собственных средств? Смотрите на странице 9 примеры регистрации для программы FoodShare штата Висконсин.

Да Нет

Кому уплачиваются эти расходы?	Что представляют собой эти расходы?
Сумма \$	Платежный период <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно

Расходы на жилье: кто-либо в домохозяйстве оплачивает расходы на жилье (например, аренду, ипотеку, налоги на недвижимость)?

Да Нет

Кто оплачивает эти расходы?	Ежемесячно уплачиваемая домохозяйством сумма \$
-----------------------------	--

За что уплачиваются эти расходы?

Аренда/рента за строительный участок Ипотека Налог на недвижимость
 Страхование недвижимости Выплата ссуды за мобильный дом Специальный сбор

Оплата коммунальных услуг:

кто-либо в домохозяйстве платит за коммунальные услуги?

Да Нет

Если Вы платите аренду, включено ли отопление в арендную плату?

Да Нет

Отметьте клетку (клетки) для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить и укажите используются ли эти коммунальные услуги 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

Отметьте клетку (клетки) для коммунальных услуг, за которые Ваше домохозяйство обязано платить.

- Телефон Водопровод Канализация Вывоз мусора Установка оборудования
 Дополнительная плата за кондиционирование воздуха Прочее: _____

Получаете ли Вы жилищную помощь (согласно разделу 8 или другое субсидируемое государственное жилье)?

- Да Нет

РАЗДЕЛ 14 – ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Беспристрастное слушание дела: я понимаю, что имею право подать запрос на беспристрастное слушание, чтобы обжаловать любые действия, предпринятые в отношении моего заявления или текущих льгот, если я не согласен с этим действием. Я понимаю, что могу запросить беспристрастное слушание, позвонив по телефону 608-266-7709 или отправив письмо или запрос на беспристрастное слушание по факсу 608-264-9885 или по почте:

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

Я могу скачать форму запроса на беспристрастное слушание на веб-сайте www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm. Я также могу обратиться в офис агентства, куда я подал заявление, и запросить беспристрастное слушание устно или письменно. Я понимаю, что могу обратиться к Справочному руководству по зачислению в программу и льготам (ForwardHealth Enrollment and Benefits handbook) (P-00079) для получения дополнительной информации.

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ от этого агентства до того, как будут предприняты какие-либо действия по прекращению или сокращению Ваших льгот по программе FoodShare. Для большинства действий Вы получите письмо по крайней мере за 10 дней до осуществления действия.

ВЫ ИМЕЕТ ПРАВО:

- Получить форму заявления и немедленно подать Ваше заявление.
- Попросить взрослого, знающего Вашу ситуацию, помочь Вам подать заявление на получение льгот и управлять Вашими льготами по программе FoodShare.
- Получить Ваши льготы по программе FoodShare в течение 30 дней после подачи заявления, если Вы соответствуете требованиям.
- Получить льготы по программе FoodShare в течение 7 дней, если Вы соответствуете требованиям для ускоренного обслуживания.
- Не подвергаться дискриминации из-за пожилого возраста или пола, расы, цвета кожи, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения или политических убеждений.
- Соблюдать Ваши гражданские права.
- Уважительное отношение сотрудников агентства.
- Сохранение конфиденциальности Вашей личной информации.
- Просить Ваше агентство объяснить любые непонятные положения.
- Получать заблаговременно уведомления о том, что Ваши льготы по программе FoodShare будут сокращены или закончатся, а также причину изменения.
- Просматривать записи и файлы агентства, относящиеся к Вам, кроме информации, полученной от конфиденциального источника
- Получить копию правил программы FoodShare.
- Запросить беспристрастное слушание, если Вы не согласны с решением, принятым Вашим агентством. Беспристрастное слушание дает Вам возможность рассказать слушающему дело должностному лицу почему Вы считаете, что решение о Вашем заявлении или льготах было неправильным.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ:

- Отвечать на все вопросы полностью и честно при подаче заявления на льготы программы FoodShare. Вы подпишитесь своим именем под страхом наказания за лжесвидетельство для подтверждения того, что все Ваши ответы правдивы.
- Предоставлять запрошенные доказательства.

- Сообщать об изменениях дохода домохозяйства свыше 130% федерального прожиточного уровня (FPL). Эта величина будет указана в полученных Вами письмах. Вы также можете найти величину текущего федерального прожиточного минимума на веб-сайте www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm.
- Сообщать, когда рабочие часы члена домохозяйства с ограниченными рабочими часами льготами по программе FoodShare сокращаются ниже 80 часов в месяц.
- Не вносить изменения в карту QUEST или какие-либо документы программы FoodShare.
- Не продавать, не обменивать и не отдавать свои льготы по программе FoodShare, документы или карты QUEST.
- Использовать льготы программы FoodShare только для покупки разрешенных товаров.

Люди, нарушающие правила программы FoodShare, могут быть исключены из программы, оштрафованы, посажены в тюрьму или подвергнуты всем трем наказаниям.

Сообщение об изменениях: я понимаю, что если я получаю льготы, которые я не должен получать, поскольку не сообщил, когда доход моего домохозяйства превысил 130% федерального прожиточного минимума и когда рабочие часы члена домохозяйства с ограниченными рабочими часами льготами по программе FoodShare сокращаются ниже 80 часов в месяц, то мне, возможно, придется возвращать эти льготы, а также я могу быть привлечен к ответственности за мошенничество, являющееся уголовным преступлением.

Расходы: я понимаю, что сообщаемые расходы, например, жилье, коммунальные услуги, уход за детьми, алименты или медицинские расходы, могут повлиять на уровень получаемых моим домохозяйством льгот по программе FoodShare. Я понимаю, что отсутствие сообщения или предоставления доказательств расходов означает, что я не хочу получать вычет за эти расходы.

Уменьшение дохода: я понимаю, что от меня не требуется сообщать об уменьшении или потере дохода; однако я могу иметь право на большие льготы по программе FoodShare, если это сделаю. Я понимаю, что до тех пор, пока я не сообщу об уменьшении ежемесячного дохода моего домохозяйства или потере какого-либо дохода домохозяйства, я не получу никакого увеличения моих льгот по программе FoodShare.

Иммиграционный статус: я понимаю, что я и все другие люди, живущие в моем домохозяйстве, которые подают заявление на участие в программе FoodShare, должны для получения льгот быть гражданами или иметь удовлетворительный иммиграционный статус. Я понимаю, что иммиграционный статус любого лица в моем домохозяйстве, подающего заявление на получение льгот, будет проверен Службой гражданства и иммиграции США (USCIS); информация, предоставленная USCIS, может повлиять на право моего домохозяйства на получение льгот и их размер. Я понимаю, что мой статус **не** будет проверен в USCIS, если я не запрашиваю помощь для себя или если я заявляю, что являюсь иммигрантом без удовлетворительного иммиграционного статуса.

Любое лицо, включая любое финансовое учреждение, агентство кредитной отчетности, работодателя или учебное заведение, имеет право раскрыть эту информацию согласно Сборнику законов штата Висконсин § 49.22 (2) (2m): «Департамент может запросить у любого лица любую информацию, которую он сочтет уместной и необходимой для администрирования программ, реализующих цели Свода законов США (7USC) с 2011 по 2029. Любое лицо в этом штате должно предоставить эту информацию в течение семи дней после получения запроса в соответствии с настоящим подразделом.»

Я понимаю вопросы и заявления, содержащиеся в этой форме заявления. Я понимаю наказания, полагающиеся за предоставление ложной информации или нарушение правил. Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство и ложную клятву, что все мои ответы, включая информацию о статусе гражданства каждого члена домохозяйства, подающего заявление на получение льгот, являются правильными и полными, насколько мне известно. Я понимаю и согласен предоставить документы, подтверждающие заявленное мною. Я понимаю, что местное агентство может связаться с другими физическими лицами или организациями, чтобы получить необходимые доказательства моего права на получение льгот и их размера.

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что прочитал и понял изложенные выше права и обязанности.

ПОДПИСЬ – Заявитель или уполномоченный представитель заявителя

Дата подписания
(мм/дд/гг)