WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-16025AR (07/2023)

SANC

اتفاقية قبول فقدان الأهلية
DISQUALIFICATION CONSENT AGREEMENT

لن يتم استخدام المعلومات الشخصية إلا لغرض تقديم برامج المعونة الحكومية بشكل مباشر.

الاسم - العضو	رقم الملف	تاريخ الاتفاقية

رقم المبنى واسم الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي

نعتقد أنك قد تعمدت مخالفة قواعد البرنامج لأنك:

☐ تعمدت تقديم بيان فيه معلومات مضللة أو خاطئة.

☐ تعمدت حجب أو إخفاء حقائق أو التلاعب بها.

☐ أقدمت على عمل مخالف لقانون Food Stamp Act أو قوانين برنامج Food Stamp Program أو أي قانون من قوانين ويسكونسن بغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو الحصول على أو تلقي أو امتلاك أو الاتجار بمخصصات FoodShare أو بطاقات QUEST.

تمت إحالة ملفك إلى محامي المقاطعة للملاحقة القضائية المدنية أو الجنائية بسبب الاحتيال أو التلاعب. هناك أدلة تدعم هذه التهمة. بإمكانك تجنب الملاحقة القضائية بتوقيع اتفاقية قبول فقدان الأهلية هذه والإقرار بالذنب. ستتلقى العقوبة المدرجة أدناه بتوقيعك هذه الاتفاقية. سيتم تطبيق هذه العقوبة لمدة فقدان الأهلية المذكورة بدون عقد جلسات وبالرغم من عدم ثبوت ذنبك بالقيام بالاحتيال أو التلاعب مدنيًا أو جنائيًا.

اعتبارًا من _____ ، _____ ستفقد أهليتك للاشتراك ببرنامج FoodShare Wisconsin لمدة:

☐ **عام واحد** لأنها أول مخالفة لك.

☐ **عامين اثنين** لأنها ثاني مخالفة لك.

☐ **عامين اثنين** لأنها أول إدانة لك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع المخدرات.

☐ **مدى الحياة** لأنها ستكون أول إدانة لك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات.

☐ **مدى الحياة** لأنها ستكون ثاني إدانة لك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع المخدرات.

☐ **مدى الحياة** لأنها ستكون إدانة لك في محكمة محلية أو فيدرالية أو محكمة الولاية بالاتجار المخصصات بقيمة إجمالية تبلغ 500 دولار أمريكي أو أكثر.

☐ **10 سنوات** لأنها ستكون أول أو ثاني عقوبة لك لمخالفتك البرنامج بشكل متعمد حيث تلقيت المخصصات مرتين بناءً على تمثيل أو بيان مزور قدمته.

☐ **مدى الحياة** لأنها ثالث مخالفة لك لأي من الحالات المذكورة أعلاه.

أنت وكل البالغين في مجموعتك التي تلقت المساعدة خلال فترة ارتكاب المخالفة والمبلغ الزائد الناتج عن ذلك مسؤولون عن سداد أي مخصصات تم استلامها من FoodShare بالخطأ. سيتم تخفيض مخصصات أسرتك مستقبلًا من FoodShare بسبب فقدان أهليتك وقد تُخفّض لاسترداد المبلغ الزائد.

للموافقة على فقدان الأهلية، اقرأ البيان الوارد في الصفحة 2 ووقع الاتفاقية في المكان المشار إليه. يجب على رب الأسرة كذلك أن يوقع هذه الاتفاقية إن لم تكن أنت رب الأسرة.

أدرك بأنه مع موافقتي على فقدان الأهلية سيتم تنفيذ التبعات الموضحة أعلاه وستطبق العقوبة/العقوبات الموضحة أعلاه.

التوقيع - المشارك	تاريخ التوقيع
التوقيع - رب الأسرة	تاريخ التوقيع
التوقيع- القاضي أو المدعي العام أو المسؤول	تاريخ التوقيع

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

لا ترسل الطلبات هنا.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسانية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم 8339-877 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 1071-620 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل - AD 3027 على:

(1) العنوان البريدي:
Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
Alexandria, VA 22314; أو

(2) الفاكس:
(833)-256-1665 أو (202)-690-7442; أو

(3) البريد الإلكتروني:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

لا ترسل الطلبات هنا.