

СОГЛАШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ДИСКВАЛИФИКАЦИИ DISQUALIFICATION CONSENT AGREEMENT

Персональные данные будут использоваться только для непосредственного руководства в рамках государственных программ поддержки.

Имя – Участник	Номер дела	Дата соглашения
Улица и номер дома		
Город	Штат	Почтовый индекс

Следующие нарушения программы считаются умышленными:

- Умышленное предоставление ложного или вводящего в заблуждение заявления.
- Умышленное искажение, сокрытие или непредоставление фактов.
- Совершение поступка, составляющего нарушение положений закона Food Stamp Act, правил Food Stamp Program (Программы продовольственных талонов) или другого закона штата Wisconsin с целью использования, представления/передачи, приобретения, получения, завладения или торговли пособием FoodShare или карточками QUEST.

Ваше дело было передано окружному прокурору для привлечения к административной или уголовной ответственности за предоставление неправильной информации или мошенничество. Существуют доказательства, поддерживающие обвинение. Вы можете отсрочить иск, подписав данное Disqualification Consent Agreement (соглашение о признании дисквалификации). Подписав данное соглашение, Вы принимаете указанное ниже наказание. Наказание будет действовать в течение указанного дисквалификационного периода без последующего слушания и несмотря на то, что Вы не были признаны виновным в административном или уголовном правонарушении, заключающемся в предоставлении неправильной информации или мошенничестве.

Начиная с _____, _____ будет дисквалифицирован(а) из программы получения пособия FoodShare Wisconsin на следующий период:

- Один год** за первое нарушение.
- Два года** за второе нарушение.
- Два года** за первый обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей наркотиков.
- Постоянный срок** за первый обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Постоянный срок** за второй обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей наркотиков.
- Постоянный срок** за обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за продажу пособия на общую сумму в \$500 и выше.
- 10 лет** за первое или второе умышленное нарушение правил программы, связанное с получением двойного пособия на основании ложного заявления или намеренного введения в заблуждение.
- Постоянный срок** за третье нарушение, связанное с любым из вышеуказанных условий.

Вы и другие взрослые члены Вашей группы, получавшие пособие в период нарушения и последующей переплаты, несете ответственность за компенсацию ошибочно выплаченного пособия FoodShare. Будущее

пособие FoodShare для Вашей семьи будет сокращено из-за дисквалификации и может быть сокращено для компенсации переплаты.

Чтобы признать дисквалификацию, прочитайте заявление на стр. 2 и поставьте подпись в указанном месте. Если Вы не являетесь главой семьи, глава семьи также должен подписать данное соглашение.

Я понимаю, что признание дисквалификации приведет к наступлению описанных выше последствий и к вступлению в силу вышеописанного наказания или наказаний в форме дисквалификации.

ПОДПИСЬ – Участник	Дата подписи
ПОДПИСЬ – Глава семьи	Дата подписи
ПОДПИСЬ – Судья, прокурор или уполномоченное лицо	Дата подписи

Заявление USDA о недопущении дискриминации

Согласно Федеральному закону о гражданских правах и нормам и политикам в области гражданских прав U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США) (USDA), в USDA, его ведомствах, управлениях и его работникам, а также в учреждениях, принимающих участие или руководящих программами USDA, запрещается дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религии, ограниченных возможностей, возраста, политических взглядов, а также возмездия или репрессии за предыдущее участие в борьбе за гражданские права, в любой программе или деятельности, осуществляемых или финансируемых USDA.

Люди с ограниченными возможностями, которые нуждаются в альтернативных способах получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык глухонемых и т.д.), должны обратиться в то Агентство (штата или по месту проживания), куда они подавали заявление на получение льгот. Лица, страдающие глухотой, дефектами слуха или нарушениями речи, могут обратиться в USDA через Federal Relay Service (Федеральную службу коммутируемых сообщений) по тел. (800) 877-8339. Кроме того, информацию о программе можно получить на других языках

Чтобы подать жалобу о дискриминации, заполните форму [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) в Интернете по адресу: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> и в любом офисе USDA или напишите письмо на адрес USDA и укажите в письме все сведения, о которых спрашивается в форме. Чтобы получить копию формы для подачи жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Направьте заполненную форму или письмо в USDA:

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

Данное учреждение предоставляет равные возможности.