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

SANC

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, представленияпередачи, 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 не 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

SANC

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

Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:

Не присылайте сюда заявки.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

(1) **почтовый адрес:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или

(2) **факс:**
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или

(3) **эл. почта:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.
Не присылайте сюда заявки.