

VEREINBARUNG ÜBER ABWENDUNG STRAFRECHTLICHER VERFOLGUNG
PROSECUTION DIVERSION AGREEMENT

Name – Mitglied (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)	Fallnummer
---	------------

Ich, _____, stimme der Rückzahlung des folgenden Betrages von Sozialhilfegeldern zu:

_____ USD. Ich habe diese Sozialhilfe von _____ bis _____ erhalten.
(Datum) (Datum)

Ich stimme dem Folgenden zu:

1. Ich stimme der Rückzahlung dieser Gelder zu, um eine strafrechtliche Verfolgung durch den Staatsanwalt oder Ankläger von _____, Wisconsin, wegen Betruges im Zusammenhang mit Sozialhilfe abzuwenden.
2. Durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung gebe ich zu, dass ich das Vergehen des Sozialhilfebetrugs in Verletzung der Satzung Wis. Stat. § 49.795 oder 49.95 begangen und vorsätzlich eine Überzahlung von Sozialhilfeleistungen verursacht habe.
3. Ich verstehe, dass ich das Eingeständnis zum Sozialhilfebetrug ausschließlich für des Zweck dieser Vereinbarung mache.
4. Ich verstehe, dass meine Unterschrift auf dieser Vereinbarung vor Gericht nicht gegen mich verwendet werden kann, sollte ich Bedingungen dieser Vereinbarung verletzen.
5. Durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung geben die _____ Behörde und der Staatsanwalt oder der Ankläger von _____ Behörde nicht ihr Recht ab, eine Strafverfolgung gegen mich einzuleiten, sollte ich die Bedingungen dieser Vereinbarung verletzen.
6. Durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung bestätige ich, dass ich über die Strafen für eine absichtliche Verletzung der Regeln von Wisconsin Works (W-2), Medicaid und FoodShare und mein Recht auf ein Ausschlussanhörung informiert wurde und diese verstehe. Ich verzichte auf mein Recht auf eine Ausschlussanhörung und akzeptiere die Ausschlussstrafe für diese absichtliche Programmverletzung gemäß bundes- und landesrechtlicher Gesetze.
7. Ich stimme ferner zu, dass ich anstelle einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Sozialhilfebetrug unter der Satzung Wis. Stat. § 49.795 oder 49.95 den Betrag von _____ USD zu einem Satz von _____ USD pro Monat für _____ Monate zurückzahlen werde. Ich stimme zu, dass, wenn ich eine (1) Zahlung versäume, die Gesundheits- oder Sozialhilfebehörde des W-2-Programms, Landkreises oder Stammes oder der Staatsanwalt oder Ankläger oder beide eine oder mehrere Anklage(n) wegen Sozialhilfebetrug erheben kann/können. Ich verzichte auf mein(e) Recht(e) zur schnellen Erhebung einer Klage wegen der Begehung einer oder mehrerer Straftat(en).

UNTERSCHRIFT – Teilnehmer	Datum der Unterschrift
UNTERSCHRIFT – Anwalt des Teilnehmers	Datum der Unterschrift
UNTERSCHRIFT – Staatsanwalt	Datum der Unterschrift
UNTERSCHRIFT – Betrugsermittler, Vertreter der W-2-, Landkreis- oder Stammesbehörde	Datum der Unterschrift

UNTERSCHRIFT – Richter (sofern zutreffend, beispielsweise bei einem Vorverfahrens- oder Gerichtsbeschluss)	Datum der Unterschrift
---	------------------------

Unterzeichnet und beeidigt vor mir an diesem _ Tage von _____, 20 _____

UNTERSCHRIFT – Wisconsin Notar	Meine Bestellung zum Notar erlischt am _____.
---------------------------------------	---

USDA-Nichtdiskriminierungserklärung

Unter Einhaltung der US-Bundeszivilrechtsgesetze und der zivilrechtlichen Vorschriften und Richtlinien des U.S. Department of Agriculture (USDA) sind Diskriminierung durch USDA, seine Behörden, Dienststellen und Mitarbeiter sowie durch Institutionen, die an USDA-Programmen teilnehmen oder diese verwalten, aufgrund von Rasse oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung, Alter, politischer Überzeugung oder zudem Repressalien oder Vergeltungsmaßnahmen aufgrund vorhergehender zivilrechtlicher Aktivitäten im Rahmen eines Programms oder einer Aktivität, die von 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, Amerikanische 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 unter 1-800-877-8339 an 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](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) (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 oder Sie können sich per Briefpost an USDA wenden und in Ihrem Schreiben sämtliche Informationen aufführen, die in diesem Formular angefordert werden. Eine Kopie des Beschwerde-Formulars können Sie telefonisch unter 1-866-632-9992 anfordern. Reichen Sie das ausgefüllte Formular oder Ihr Schreiben bei 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: 1-202-690-7442 oder

(3) Per E-Mail: program.intake@usda.gov.

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