

СОГЛАШЕНИЕ О ЗАМЕНЕ СУДЕБНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ
PROSECUTION DIVERSION AGREEMENT

Имя – Участник (фамилия, имя, инициал среднего имени)	Номер дела
---	------------

Я, _____, соглашаюсь компенсировать следующую сумму государственного пособия

\$ _____. Я получал(а) данное государственное пособие в период с _____ по _____.
(Дата) (Дата)

Я соглашаюсь на следующее:

1. Я соглашаюсь компенсировать указанные средства вместо того, чтобы подвергнуться судебному преследованию со стороны окружного обвинителя или прокурора _____, _____, Wisconsin за мошенничество с государственным пособием.
2. Подписывая данное соглашение, я признаю, что совершил(а) преступление, связанное с мошенничеством с государственным пособием, нарушающее Wis. Stat. § 49.795 или 49.95 и что я умышленно вызвал(а) переплату мне государственного пособия.
3. Я понимаю, что признаю совершение мошенничества с государственным пособием только для целей данного соглашения.
4. Я понимаю, что моя подпись под данным соглашением не может быть использована против меня в суде, если я нарушу условия данного соглашения.
5. Подписывая данное соглашение, агентство _____ и окружной обвинитель или прокурор _____ ведомства не отказываются от своего права на возбуждение уголовного судопроизводства против меня, если я нарушу условия данного соглашения.
6. Подписывая данное соглашение, я соглашаюсь, что был(а) проинформирован(а) и понимаю наказание за умышленное нарушение правил программ Wisconsin Works (W-2), Medicaid и FoodShare и свое право на проведение слушания по делу о дисквалификации. Я отказываюсь от своего права на проведение слушания по делу о дисквалификации и принимаю наказание в форме дисквалификации за умышленное нарушение правил программы согласно федеральным законам и законам штата.
7. Я также соглашаюсь, что вместо судебного преследования за мошенничество с государственным пособием по статье Wis. Stat. § 49.795 или 49.95, я буду выплачивать сумму \$ _____ в размере \$ _____ в месяц на протяжении ____ месяцев. Я соглашаюсь, что если я пропущу одну выплату, W-2, окружное агентство, агентство племени или агентство по социальным услугам, окружной обвинитель или прокурор, или оба эти лица, могут выдвинуть против меня обвинение(я) в мошенничестве с государственным пособием. Я отказываюсь от какого-либо причитающегося мне права на скорый суд за совершение преступления(й).

ПОДПИСЬ – Участник	Дата подписи
ПОДПИСЬ – Адвокат участника	Дата подписи
ПОДПИСЬ – Окружной обвинитель	Дата подписи
ПОДПИСЬ – Следователь по делу о мошенничестве, представитель W-2, окружное агентство или агентство племени	Дата подписи

ПОДПИСЬ – Судья (если применимо, например, при досудебном заседании или судебном предписании)

Дата подписи

Подписано под присягой в моем присутствии сегодня _____, 20____

ПОДПИСЬ – Публичный нотариус штата Wisconsin

Срок действия моей лицензии истекает _____.

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](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer), (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.