

**ACUERDO PARA DESVIACIÓN DE ENJUICIAMIENTO  
 PROSECUTION DIVERSION AGREEMENT**

Nombre – Miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de caso
--	----------------

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en pagar la siguiente cantidad de fondos de asistencia pública

\$\_\_\_\_\_. Recibí esta asistencia pública del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.  
 (Fecha) (Fecha)

**Estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Estoy de acuerdo en devolver estos fondos en lugar de ser procesado por el fiscal del distrito o el fiscal de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Wisconsin por fraude a la asistencia pública.
2. Al firmar este acuerdo, admito que cometí el delito de fraude a la asistencia pública en violación del Wis. Stat. § 49.795 o 49.95 y que intencionalmente causé un sobrepago de beneficios de asistencia pública a mi favor.
3. Entiendo que estoy admitiendo que cometí fraude de asistencia pública sólo para los fines de este acuerdo.
4. Entiendo que mi firma en este acuerdo no se puede usar en mi contra en el tribunal si no cumplo con las condiciones de este acuerdo.
5. Al firmar este acuerdo, la agencia \_\_\_\_\_ y el fiscal del distrito o fiscal de la agencia \_\_\_\_\_ no está renunciando a su derecho a iniciar un proceso penal si viola las condiciones de este acuerdo.
6. Al firmar este acuerdo, acepto que he sido informado y entiendo las sanciones por violación intencional al programa Wisconsin Works (W-2), Medicaid y FoodShare y mi derecho a una audiencia de descalificación. Renuncio a mi derecho a una audiencia de descalificación y acepto la sanción de descalificación por esta violación intencional al programa de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
7. También estoy de acuerdo en que en lugar de enjuiciamiento por fraude a la asistencia pública bajo Wis. Stat. § 49.795 o 49.95, reembolsaré la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ a la tasa de \$ \_\_\_\_\_ por mes por \_\_\_\_\_ meses. Acepto que si dejo de hacer un pago, el W-2, la agencia de servicios sociales o humanos del condado o tribu, o el fiscal o fiscal del distrito, o ambos, pueden proceder con un cargo(s) de fraude a la asistencia pública. Renuncio a cualquier derecho(s) que tenga de ser rápidamente acusado de la comisión de un delito(s).

<b>FIRMA</b> – Participante	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Abogado del participante	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Fiscal de distrito	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Investigador de fraude, Representante de la agencia tribal o del condado	Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Judge (si corresponde, por ejemplo, orden judicial o previa al juicio)	Fecha de la firma

Suscrito y jurado ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

<b>FIRMA</b> – Notario público de Wisconsin	Mi comisión vence el _____.
---	-----------------------------

**Enunciado de no discriminación de USDA**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.