WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-16028AR (07/2023)

NOD

إخطار بإصدار مخصصات فائضة من FOODSHARE
NOTICE OF FOODSHARE OVERISSUANCE

اسم الملف		عنوان الملف
تاريخ الإخطار	رقم الملف	☐ إخطار أول ☐ إخطار ثاني ☐ إخطار ثالث ☐ إخطار _____

تقدّم ولاية ويسكونسن الخدمات بالتساوي للجميع. تحتوي هذه الرسالة على معلومات بشأن مخصصاتك. إن كنت تحتاج للحصول على هذه الرسالة بصيغة مختلفة بسبب إعاقة لديك أو إن كنت تحتاج لترجمة الرسالة أو شرحها بلغتك، يرجى الاتصال على . هذه الخدمات متوفرة مجانًا.

تم إصدار مخصصات FoodShare لك بقيمة أكبر مما أنت مؤهل للحصول عليه. القيمة الفائضة التي أُصدرت لك هي _____ دولار خلال الفترة _____. يجب عليك سداد المبلغ الفائض المذكور أدناه بموجب القانون. تحتوي Repayment Agreement (اتفاقية السداد) المرفقة على معلومات حول كيفية سداد هذا الفائض. إن كان هذا الإخطار الأول الذي تتلقاه، ستجد Overissuance Worksheet (ورقة عمل الإصدار الفائض) مرفقة لتوضح كيف تم حساب القيمة الفائضة. إذا كنت قد حصلت أيضًا على مخصصات أقل مما أنت مؤهل له، فقد تم تخفيض المبلغ الذي يجب عليك سداده بقدر القيمة المستحقة لك (راجع السطر 22 في ورقة العمل). كل الأفراد البالغين ضمن المجموعة التي تلقت المخصصات الفائضة مسؤولون عنها.

أسباب هذا الإصدار الفائض

☐ **خطأ غير مقصود من الأسرة/العميل:** _____

يرجى توقيع وإعادة اتفاقية السداد المرفقة قبل _____. إذا كان ملفك ساريًا ولم ترسل الاتفاقية، فسوف يتم تخفيض قيمة مخصصاتك كل شهر بمقدار 10% من المصروف الشهري لمجموعتك أو بمقدار 10 دولار أمريكي، أيهما أكثر، بدءًا من مخصصات الشهر التالي. سيتم إرسال Notice of Decision (إخطار باتخاذ قرار) لك بالبريد قبل 10 أيام من تخفيض مخصصاتك. (قد تجد أي محكمة أو جلسة إدارية مستقبلًا أن هذا الخطأ هو مخالفة متعمدة للبرنامج. وسيتم إبلاغك في حال تحديد أي موعد لجلسة محكمة أو جلسة إدارية.)

☐ **خطأ من الإدارة/الوكالة:** _____

يرجى توقيع وإعادة اتفاقية السداد المرفقة قبل _____. إذا كان ملفك ساريًا ولم ترسل الاتفاقية، فسوف يتم تخفيض قيمة مخصصاتك كل شهر بمقدار 10% من المصروف الشهري لمجموعتك أو بمقدار 10 دولار أمريكي، أيهما أكثر، بدءًا من مخصصات الشهر التالي. سيتم إرسال Notice of Decision لك بالبريد قبل 10 أيام من تخفيض مخصصاتك.

☐ **مخالفة متعمدة للبرنامج:** _____

يرجى توقيع وإعادة اتفاقية السداد المرفقة قبل _____. إذا كان ملفك ساريًا ولم ترسل الاتفاقية، فسوف يتم تخفيض قيمة مخصصاتك كل شهر بمقدار 20% من المصروف الشهري لمجموعتك أو بمقدار 20 دولار أمريكي، أيهما أكثر، بدءًا من مخصصات الشهر التالي. سيتم إرسال Notice of Decision لك بالبريد قبل 10 أيام من تخفيض مخصصاتك.

☐ **الملفات المغلقة**

حتى إن كنت قد توقفت عن تلقي المخصصات، يتوجب عليك سداد القيمة الفائضة المذكورة أعلاه. يرجى توقيع وإعادة اتفاقية السداد المرفقة قبل _____.

حقوقك ومسؤولياتك:

لديك الحق بطلب جلسة انتصاف إن كنت تعتقد أن قرار الوكالة بتلقيك قيمة فائضة من FoodShare مخطئ أو إن كنت لا تتفق مع مقدار المبلغ الفائض. إذا كان ملفك ساريًا، ستتلقى Notice of Decision يوضح حقوقك بخصوص الجلسة وكيفية التقدم بالطعن. الإخطار يوضح أنه بإمكانك طلب جلسة، كتابيًا أو شفهيًا، خلال 30 يومًا من تاريخ الإجراء المتعلق بمخصصاتك من FoodShare. إن طلبت الجلسة خلال 10 أيام من تاريخ استحقاق مبلغ FoodShare الذي يتوجب سداده، فلن يتم تخفيض مخصصاتك إلى حين التوصل إلى قرار الجلسة. إن كان ملفك مغلقًا وتلقيت مخصصات من FoodShare مجددًا، فستتلقى Notice of Decision يوضح إمكانية طلب جلسة وكيفية القيام بذلك.

لديك الحق بطلب جلسة انتصاف إذا لم يتم تحديد القيمة الفائضة التي تم إصدارها في جلسة انتصاف. في حال عدم موافقتك على قيمة مخصصاتك، يجب أن يتم استلام طلبك بعقد جلسة انتصاف خلال 90 يومًا من تاريخ نفاذ إجراء الوكالة أو في أي وقت كنت تتلقى المخصصات خلاله.

إذا لم يتم تسديد القيمة الفائضة التي أُصدرت لك، فسيتم إرسالها إلى وكالات تحصيل الديون التي ستستعمل عندها مختلف الأساليب لتحصيل القيمة الفائضة. إذا تأخر سداد هذا الدين، فقد يتحمل المسؤول/المسؤولون عنه مزيدًا من الرسوم.

لديك الحق بالاطلاع على أي سجلات متعلقة بالقيمة الفائضة وعمل نسخ عنها.

يمكن لأسرتك أن تكتب موافقة خطية بسداد القيمة الفائضة الصادرة قبل تحويلها إلى المؤسسات الفيدرالية لتحصيل الديون. إذا لم تسدد القيمة الفائضة، سيتم تحويلها إلى الحكومة الفيدرالية لاتخاذ إجراءات فيدرالية لتحصيلها.

قد تخفّض وكالة الولاية أي جزء من المبلغ المستحق إذا وجدت أنه ليس بإمكان أسرتك سداد هذا المبلغ.

قد تكون الخدمات القانونية متوفرة لك بالمجان. للحصول على معلومات حول هذه الخدمات في منطقتك، قم بزيارة الموقع الالكتروني لـ Legal Action of Wisconsin على الرابط www.legalaction.org أو اتصل بـ 1-888-278-0633، أو قم بزيارة الموقع الالكتروني لـ Wisconsin Judicare, Inc. على الرابط www.judicare.org أو اتصل بالرقم 1-800-472-1638.

توقيع - عامل المحافظة على الدخل

الوكالة	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

لا ترسل الطلبات هنا.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسانية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم 8339-877 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 1071-620 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل - AD 3027 على:

(1) العنوان البريدي:
Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
Alexandria, VA 22314; أو

(2) الفاكس:
(833)-256-1665 أو (202)-690-7442; أو

(3) البريد الإلكتروني:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

لا ترسل الطلبات هنا.