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

NOD

FOODSHARE 超额付款通知
NOTICE OF FOODSHARE OVERISSUANCE

案宗名称		案宗地址
通知日期	案宗号码	☐ 第一次通知 ☐ 第二次通知 ☐ 第三次通知 ☐ _____ 通知

威斯康星州是平等机会服务提供者。此信包含影响您福利的信息。如果您因为残障而需要本材料的不同格式，或者如果您需要这封信翻译成您的语言，或用您的语言加以解释，请致电 。这些服务是免费的。

发给您的 FoodShare 福利超出了您有资格获得的金额。在_____期间，给您超额支付的金额为_____美元。根据法律，您必须偿还下面所勾选的超出金额。所附的《偿还协议》告诉您如何偿还此超出金额。如果这是您收到的第一次通知，附上一张《超额付款计算工作表》，其中显示了超额付款的计算方式。如果发给您的福利不足，已经从您必须偿还的金额中减去了发放不足的部分（参见工作表中的第 22 栏）。所有收到超额付款的成人会员都应负责偿还超额付款。

超额付款的原因

☐ **无意的家庭/客户错误：** _____

请于_____之前签署并返还所附的偿还协议。如果您的个案已经开立，而您没有返还协议，那么我们将从下个福利月开始，将您的团体的福利每个月减少 10％或 10 美元，以较高金额为准。在减少您的福利之前 10 天，我们将会邮寄给您一份 Notice of Decision (决定通知)。（未来的行政或法庭听证可能会决定此错误是有意违规行为。如果安排任何行政或法庭听证，您将会收到通知。）

☐ **行政/机构错误：** _____

请于_____之前签署并返还所附的偿还协议。如果您的个案已经开立，而您没有返还协议，那么我们将从下个福利月开始，将您的团体的福利每个月减少 10％或 10 美元，以较高金额为准。在减少您的福利之前 10 天，我们将会邮寄给您一份 Notice of Decision (决定通知)。

☐ **故意违反计划规则：** _____

请于_____之前签署并返还所附的偿还协议。如果您的个案已经开立，而您没有返还协议，那么我们将从下个福利月开始，将您的团体的福利每个月减少 20%或 20 美元，以较高金额为准。在减少您的福利之前 10 天，我们将会邮寄给您一份 Notice of Decision (决定通知)。

☐ **结案的个案**

即使您不再享受福利，您必须偿还上述的超付金额。请于_____之前签署并返还所附的偿还协议。

您的权利与责任：

如果您认为该机构认为您收到超付的 FoodShare 福利是错误的，或您不同意超付的金额，您有权要求公平听证。如果您的个案开立，您将收到一份解释您的听证权利和如何上诉的 Notice of Decision (决定通知)。该通知解释，您可以在影响您的 FoodShare 福利的行动发生后 30 天内，以口头或书面形式要求举行听证会。如果您在 FoodShare 还款日期开始后的 10 天内要求举行听证会，在听证会决定做出前您的福利将不会减少。如果您的个案结案，并且您再次收到 FoodShare 福利，您将收到一份 Notice of Decision (决定通知)，并可以按照 Notice of Decision 中的说明请求举行听证会。

NOD

如果公平听证会未确定超付的金额，您有权要求一次公平听证会。如果您不同意福利金额，则必须在机构行动生效日期后 90 天内，或在您领取福利金期间的任何时候提出公平听证会的请求。

如果超额付款未被偿还，其将被转给其他收款机构，收款机构将使用各种收款方式征收超额付款。如果这笔债务变成拖欠款，责任人可能需要支付额外的手续费。

您有权查看和复制与此超额付款有关的任何记录。

在被转介给联邦收款行动之前，您的家庭可以订立一份偿还超额付款的书面协议。如果超额付款没有被偿还，它将被提交给联邦政府进行联邦征收行动。

如果州机构认为您的家庭无法偿还追索金额，它可能会减少追索金额的任何部分。

您可能会获得免费法律服务。如需您所在地区的服务信息，请访问 Legal Action of Wisconsin 网址 www.legalaction.org，或致电 1-888-278-0633，或访问 Wisconsin Judicare, Inc.网址 www.judicare.org，或致电 1-800-472-1638。

签名 – 收入维护工作员	
机构	电话号码（包括区号）

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD

与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

请勿在此发送申请。

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf。您也可从 USDA 办公室或拨打(833) 620-1071 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

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

(2) **传真:**
(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或

(3) **电子邮箱:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构提供平等机会。

请勿在此发送申请。