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

NOD

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕПЛАТЕ ПОСОБИЯ
NOTICE OF FOODSHARE OVERISSUANCE

Имя, фамилия, указанные в деле		Адрес, указанный в деле	
Дата уведомления	Номер дела	☐ Первое уведомление ☐ Третье уведомление	☐ Второе уведомление ☐ _____ Уведомление

Штат Wisconsin предоставляет равные права на услуги. Настоящее письмо содержит информацию, которая влияет на предоставляемые Вам льготы. Если в связи с ограниченными возможностями Вам нужно предоставить письмо в другом формате или если Вам нужен перевод или объяснение письма на Вашем родном языке, пожалуйста, позвоните . Эти услуги предоставляются бесплатно.

Размер выплаченного Вам пособия FoodShare превышает сумму, положенную Вам по закону. Сумма переплаты составляет $_____ за период _____. Согласно законодательству, Вы должны вернуть указанную ниже сумму переплаты. Процедура возвращения переплаченной суммы описана в прилагаемом Repayment Agreement (соглашении о компенсации). Если это Ваше первое уведомление, к нему прилагается Overissuance Worksheet (таблица переплаты), где показано, как рассчитывалась сумма переплаты. Если Вам ранее недоплачивали пособие, сумма компенсации была понижена с учетом недоплаты (см строку 22 таблицы). Все взрослые члены группы, получившие переплату, отвечают за ее компенсацию.

Причина переплаты

☐ **Случайная ошибка семьи/клиента:** _____
Подпишите и отправьте обратно прилагаемое соглашение о компенсации до: _____. Если Ваше дело останется открытым, и Вы не отправите обратно соглашение, мы будем ежемесячно сокращать размер Вашего группового месячного пособия на 10% или на $10, в зависимости от того, что из них больше, начиная со следующего месяца выплаты пособия. Мы направим Вам Notice of Decision (уведомление о решении) за 10 дней до сокращения размера пособия. (В будущем административное или судебное слушание может признать, что ошибка представляла собой умышленное нарушение программы. Вас поставят в известность в случае, если будет запланировано проведение административного или судебного слушания.)

☐ **Ошибка администрации/агентства:** _____
Подпишите и отправьте обратно прилагаемое соглашение о компенсации до: _____. Если Ваше дело останется открытым, и Вы не отправите обратно соглашение, мы будем ежемесячно сокращать размер Вашего группового месячного пособия на 10% или на $10, в зависимости от того, что из них больше, начиная со следующего месяца выплаты пособия. Мы направим Вам Notice of Decision (уведомление о решении) за 10 дней до сокращения размера пособия.

☐ **Умышленное нарушение программы:** _____
Подпишите и отправьте обратно прилагаемое соглашение о компенсации до: _____. Если Ваше дело останется открытым, и Вы не отправите обратно соглашение, мы будем ежемесячно сокращать размер Вашего группового месячного пособия на 20% или на $20, в зависимости от того, что из них больше, начиная со следующего месяца выплаты пособия. Мы направим Вам Notice of Decision (уведомление о решении) за 10 дней до сокращения размера пособия.

☐ **Закрытое дело**
Даже если Вы уже не получаете пособие, Вы должны компенсировать указанную выше переплату. Подпишите и отправьте обратно прилагаемое соглашение о компенсации до: _____

NOD

Ваши права и обязанности:
Если Вы посчитаете, что агентство приняло неправильное решение в отношении переплаты Вам пособия FoodShare или если Вы будете не согласны с суммой переплаты, у Вас будет право подать заявку на проведение беспристрастного слушания. Если Ваше дело открыто, Вы получите Notice of Decision (уведомление о решении) с пояснением Ваших прав на беспристрастное слушание и процесса подачи апелляции. В уведомлении сказано, что Вы можете сделать заявку на проведение слушания в устной или письменной форме в течение 30 дней после принятия решения, влияющего на Ваше пособие FoodShare. Если Вы подадите заявку не позднее, чем через 10 дней после предполагаемого начала компенсации FoodShare, размер пособия не будет сокращаться до принятия решения по слушанию. Если Ваше дело закрыто, и Вы снова начинаете получать пособие FoodShare, Вы получите Notice of Decision (уведомление по решении) и сможете сделать заявку на проведение слушания в соответствии с пояснениями в Notice of Decision.

Вы имеете право сделать заявку на проведение беспристрастного слушания, если сумма переплаты не была установлена в ходе беспристрастного слушания. Заявку на проведение беспристрастного слушания нужно подать в течение 90 дней от даты вступления в силу решения агентства или в любое время, пока Вы получаете пособие, если Вы несогласны с его размером.

Если переплата не будет компенсирована, ее направят в другие коллекторские агентства, которые будут прибегать к различным методам получения некомпенсированной переплаты. Если задолженность останется невыплаченной, ответственное лицо(а) может подвергнуться дополнительным сервисным штрафам.

У Вас есть право ознакомиться с любыми документами, связанными с переплатой, и сделать их копии.

Ваша семья может заключить письменное соглашение о компенсации переплаты до того, как долг передадут на принудительное возмещение в федеральные органы. Если переплата не будет компенсирована, долг передадут федеральному правительству для принудительного возмещения.

Ведомство штата может сократить любую часть иска, если агентство посчитает, что Ваша семья не может выплатить компенсации.

Услуги адвоката Вам могут предоставить бесплатно. Для получения информации об услугах, предоставляемых по месту Вашего проживания, посетите вебсайт Legal Action of Wisconsin: www.legalaction.org/ или позвоните по тел. 1-888-278-0633, или посетите вебсайт Wisconsin Judicare, Inc. по адресу www.judicare.org/ или позвоните по тел. 1-800-472-1638.

ПОДПИСЬ – Работник отдела по поддержанию доходов населения

Агентство	Номер телефона (включая код города)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD

Государственные или местные агентства Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) и Программы распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и их субподрядчики должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:

Не присылайте сюда заявки.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в учреждение (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

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

(2) **факс:**
(833)-256-1665 или (202)-690-7442; или

(3) **эл. почта:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности.
Не присылайте сюда заявки.