

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕПЛАТЕ ПОСОБИЯ
NOTICE OF FOODSHARE OVERISSUANCE**

Имя, фамилия, указанные в деле		Адрес, указанный в деле	
Дата уведомления	Номер дела	<input type="checkbox"/> Первое уведомление	<input type="checkbox"/> Второе уведомление
		<input type="checkbox"/> Третье уведомление	<input type="checkbox"/> _____ 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: _____

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 решению) 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.

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](#), (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.

ПОДПИСЬ – Работник отдела по поддержанию доходов населения

Агентство

Номер телефона (включая код города)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD