

تنازل عن عقد جلسة إدارية بشأن فقدان الأهلية
WAIVER OF ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION HEARING

لن يتم استخدام المعلومات الشخصية إلا لغرض إدارة برامج المعونة الحكومية بشكل مباشر.

الاسم - العضو	رقم الملف	رقم السري لـ CARES
تاريخ الإرسال بالبريد للعضو	رقم المبنى واسم الشارع	رقم المدينة
الرمز البريدي	الولاية	

نعتقد أنك قد تعمدت مخالفة قواعد البرنامج لأنك:

تعمدت تقديم بيان فيه معلومات مضللة أو خاطئة.

تعمدت حجب أو إخفاء حقائق أو التلاعب بها .

أقدمت على عمل مخالف لقانون Food Stamp Act أو قوانين برنامج Food Stamp Program أو أي قانون من قوانين ويسكونسن بغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو الحصول على أو تلقي أو امتلاك أو الاتجار بمخصصات FoodShare أو بطاقات QUEST .

ملخص المخالفات والأدلة

المخالفات المزعومة هي بالتحديد:

الأدلة التالية تدعم هذا الزعم:

لديك الحق بالحصول على جلسة إدارية بشأن فقدان الأهلية قبل قيام ولاية ويسكونسن بأي إجراء لسحب أهليتك لتلقي مخصصات FoodShare. إن كنت ترغب بالحصول على جلسة بدلاً من توقيع هذه الاستمارة، سيكون لديك الحق في:

- الاطلاع على الأدلة التي سوف يتم استخدامها في الجلسة قبل موعد الجلسة وخلالها، والحصول على نسخة مجانية من الأقسام المتعلقة في سجل ملفك عند الطلب.
- تمثيل نفسك أو اختيار شخص آخر كمحام أو صديق أو قريب أو عامل مجتمعي لتمثيلك في القضية. قد تكون الخدمات القانونية متوفرة لك بالمجان. للحصول على معلومات حول هذه الخدمات في منطقتك، قم بزيارة الموقع الإلكتروني لـ Legal Action of Wisconsin على الرابط www.legalaction.org أو اتصل بـ 1-888-278-0633، أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني لـ Wisconsin Judicare, Inc. على الرابط www.judicare.org أو اتصل بالرقم 1-800-472-1638.
- إحضار شهودك.
- الترافع في قضيتك بحرية.
- التشكيك في أي بيانات أو أدلة مقدمة ضدك.
- إحضار أي أدلة تدعم قضيتك إلى الجلسة.
- التزام الصمت تجاه التهم إذ قد يتم استخدام أي من أقوالك أو الوثائق التي وقعت عليها ضدك في المحكمة.
- الحصول على نسخة من إجراءات وكالة الولاية للجلسات حسب القانون 7CFR § 273.16(e)(3)(iv) من خلال التواصل مع الوكالة.

إذا أردت، بإمكانك التنازل عن هذه الجلسة. إن تنازلت عن الجلسة، سيتم تخفيض مخصصات أسرتك وستفقد أهليتك لتلقي مخصصات FoodShare لمدة:

عام واحد لأنها أول مخالفة لك.

عامين اثنين لأنها ثاني مخالفة لك.

عامين اثنين لأنها أول إدانة لك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع المخدرات.

مدى الحياة لأنها أول عقوبة لك لمخالفتك البرنامج متعمداً نتيجة إدانتك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع أسلحة أو ذخيرة أو متفجرات.

مدى الحياة لأنها ثاني إدانة لك في محكمة فيدرالية أو محلية أو محكمة ولاية بتلقي أو استخدام المخصصات في عملية تشمل بيع المخدرات.

مدى الحياة لإدانتك في محكمة محلية أو فيدرالية أو محكمة الولاية بالاتجار بالمخصصات بقيمة إجمالية تبلغ 500 دولار أمريكي أو أكثر.

10 سنوات لأنها أول أو ثاني عقوبة لك لمخالفتك البرنامج بشكل متعمد حيث تلقيت المخصصات مرتين بناءً على تمثيل أو بيان مزور قدمته.

مدى الحياة لأنها ثالث مخالفة لك لأي من الحالات المذكورة أعلاه.

سواء أحصلت على جلسة أم لا، فهذه الجلسة لن تحول دون مقاضاتك من قبل النائب العام في محكمة مدنية أو جنائية لارتكابك مخالفة متعمدة للبرنامج ولا دون تحصيل الوكالة للقيمة الفائضة التي تم إصدارها. أنت وبقيّة أفراد أسرتك ممن هم فوق عمر الـ 18 عامًا خلال الفترة التي تم فيها إصدار الدفعة الفائضة مسؤولون عن إعادة دفع المخصصات التي تم إصدارها بالخطأ.

إذا وقعت على هذا التنازل، عليك أن تختار واحدًا من الخيارات التالية لتبين ما إذا كنت تقر بالحقائق الواردة أعلاه. لست مجبرًا على الإقرار بأي من التهم. لديك الحق بالتزام الصمت تجاه التهم إذ قد يتم استخدام أي من أقوالك أو الوثائق التي وقعت عليها ضدك في المحكمة.

أقر بالحقائق كما وردت وأدرك أنه سيتم تطبيق عقوبة فقدان الأهلية إذا وقعت هذا التنازل.

لا أقر بأن الحقائق صحيحة كما وردت. ولكني اخترت التوقيع على هذا التنازل وأدرك بأن ذلك سيؤدي إلى تطبيق عقوبة فقدان الأهلية.

يجب على رب الأسرة كذلك أن يوقع هذه الموافقة إن لم تكن أنت رب الأسرة.

لتجنب عقد الجلسة، يجب أن يُقدم هذا التنازل بعد توقيعه إلى الوكالة المحلية المذكورة أدناه قبل تاريخ:

للسؤال يرجى الاتصال بـ: _____

رقم الهاتف	ممثّل الوكالة
العنوان	
الرمز البريدي	الولاية
تاريخ التوقيع	التوقيع - العضو
تاريخ التوقيع	التوقيع - رب الأسرة (إن لم يكن هو العضو)

بيان وزارة الزراعة الأمريكية بعدم التمييز

بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وسياسات ونظم الحقوق المدنية لدى وزارة الزراعة الأمريكية، يمنع على وزارة الزراعة ووكالاتها وموظفيها والمؤسسات المشاركة فيها أو التي تقدم برامج تابعة لها التمييز بين الأشخاص بناءً على العرق أو اللون أو الأصل أو الجنس أو المعتقدات الدينية أو الإعاقة

أو السن أو التوجهات السياسية، كما يمنع عليها القيام بأي أعمال تار أو انتقام بسبب أنشطة متعلقة بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقيمه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية.

على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون لوسائل اتصال بديلة للحصول على المعلومات المتعلقة بالبرنامج (مثلًا طباعة بريل للمكفوفين أو طباعة بخط كبير أو عن طريق وسائل مسموعة أو لغة الإشارة الأمريكية إلخ) الاتصال بالوكالة (المحلية أو التابعة للولاية) التي قدموا طلب الحصول على المخصصات فيها. يمكن للأفراد للصم والبكم وضعيفي السمع أو من لديهم إعاقات في النطق والكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية عن طريق خدمة التواصل الفيديوية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، يمكن توفير معلومات عن البرنامج بلغات غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى عن حدوث تمييز في البرنامج، املأ استمارة الشكوى التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية

[USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) (AD-3027) الموجودة على العنوان التالي:

الأمريكية، أو اكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية تشمل كل المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب الحصول على نسخة من استمارة تقديم الشكوى اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل الرسالة أو الاستمارة بعد ملئها إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202) ؛ أو

(3) أو البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

هذه المؤسسة توفر الخدمات للجميع بدون تمييز.