WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-16039CM (07/2023)

SANC

资格取消行政听证会弃权书

个人身份信息将仅用于公共援助项目的直接管理。

姓名 – 会员		寄给会员的日期
CARES PIN	案宗号码	
街道地址		
城市	州	邮编

我们认为您的以下行为造成了故意的计划违规：

☐ 故意作出虚假或误导性陈述。

☐ 故意歪曲、掩盖或隐瞒事实。

☐ 为了使用、出示、转移、获取、接收、拥有或非法交易 FoodShare 福利或 QUEST 卡，做出违反 Food Stamp Act (食品券法案)、Food Stamp Program (食品券计划)法规或任何威斯康星州法规的行为。

违规和证据总结

具体的涉嫌违规行为是：_____

_____

以下证据支持这一指控：_____

_____

在威斯康星州采取任何行动取消您获得 FoodShare 福利的资格之前，您有权获得一次资格取消行政听证会。如果您希望进行听证会而不是签署此表格，则您有权：

- 在听证会之前和听证会期间查看将用于听证会的证据，并应您的要求免费获得您案卷相关部分的副本。
- 自己陈述答辩或让其他人，比如律师、朋友、亲戚或社区工作人员替您陈述答辩。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。
- 请带上您自己的证人。
- 自由地答辩。
- 质问任何指控您的证据或陈述。
- 将任何支持您答辩的证据带到听证会来。
- 对指控保持沉默，因为您所说或所签署的任何内容都可能会在法庭上被用作对您不利的证据。
- 联系机构索取一份州机构发布的基于法律条文 7CFR § 273.16(e)(3)(iv)的听证会程序。

Distribution: Participant – Original; Case File – Copy

SANC

如果您愿意，可以放弃这个听证会。如果您放弃听证会，您家庭的福利会减少，并且您将被取消参加 FoodShare 的资格，期限为：

☐ **一年，**因为这是您的第一次违规。

☐ **两年，**因为这是您的第二次违规。

☐ **两年**，因为这是您第一次被联邦、州或地方法院定罪为在涉及买卖毒品的交易中使用或收取福利。

☐ **永久取消，** 因为这是由于您在联邦、州或地方法院被定罪为在涉及枪支、弹药或爆炸物的买卖中使用或收取福利，对您的第一次故意违规处罚。

☐ **永久取消**，因为这是您第二次被联邦、州或地方法院定罪为在涉及买卖毒品的交易中使用或收取福利。

☐ **永久取消**，因为这是您被联邦、州或地方法院定罪为贩卖总计达 500 美元或以上的福利。

☐ **10 年，**因为这是您因以欺诈性陈述或声明获取重复福利，受到的第一次或第二次故意违规处罚。

☐ **永久取消**，因为这是您对以上任何一项的第三次违规。

无论您是否获得听证会，这并不排除地方检察官在民事或刑事法庭诉讼中起诉您故意违反计划规则，或者从机构获取超额付款。您和其他在超额付款期间 18 岁及以上的家庭成员将负责偿还错误发给的福利。

如果您签署了本弃权书，您还必须选择以下其中一项声明以表示您是否承认上述事实。您不必承认任何指控。您有权对指控保持沉默，因为您所说或所签署的任何内容都可能会在法庭上被使用。

☐ 我承认所述事实，并且理解如果我签署此弃权书，将被处以取消资格的处罚。

☐ 我不承认所述事实是正确的。但是，我已选择签署此弃权书，并理解这将会导致取消资格的处罚。

如果您不是户主，户主也必须签署本协议。

为避免举行听证会，此签字的弃权书必须通过以下方式返还给下列当地机构：

_____。

如果您有问题，可致电：_____。

机构代表：		电话号码：
地址：		
城市	州	邮编
签名 – 会员		签名日期
签名 – 户主（如果与会员不是同一个人）		签名日期

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。