

**ОТКАЗ ОТ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ ПО ДЕЛУ О ДИСКВАЛИФИКАЦИИ
WAIVER OF ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION HEARING**

Персональные данные будут использоваться только для непосредственного руководства в рамках государственных программ поддержки.

| | | | |
|--------------------|--|-------------------------|-----------------|
| Имя – Участник | | Дата отправки участнику | |
| ПИН-КОД CARES | | Номер дела | |
| Улица и номер дома | | | |
| Город | | Штат | Почтовый индекс |

Следующие нарушения программы считаются умышленными:

- Умышленное предоставление ложного или вводящего в заблуждение заявления.
- Умышленное искажение, сокрытие или непредоставление фактов.
- Совершение поступка, составляющего нарушение положений закона Food Stamp Act, правил Food Stamp Program (Программы продовольственных талонов) или другого закона штата Wisconsin с целью использования, искажения, передачи, приобретения, получения, завладения или торговли пособием FoodShare или карточками QUEST.

Сводные данные о нарушении и доказательствах

Предполагаемое нарушение(я) заключается в следующем: _____

Обвинение основывается на следующих доказательствах: _____

У Вас есть право на проведение административного слушания по делу о дисквалификации до принятия штатом Wisconsin решения о дисквалификации Вас из программы получения пособия FoodShare. Если Вы захотите провести слушание и не подписывать эту форму, у Вас будет право:

- Ознакомиться с доказательствами, которые будут использоваться на слушании, как до, так и во время слушания, и по Вашему требованию получить бесплатную копию соответствующих частей Вашего дела.
- Представить свое собственное дело или поручить представить дело за Вас кому-то другому, например, адвокату, другу, родственнику или социальному работнику. 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.
- Привести своего свидетеля.
- Доказывать свою правоту без ограничений.
- Опротестовывать выдвинутые против Вас доказательства или заявления.
- Приносить на слушание все доказательства, которые помогут Вам обосновать свою правоту.

- Не отвечать на обвинения, так как все, сказанное или подписанное Вами, может быть использовано против Вас в суде.
- Получить копию опубликованного ведомством штата порядка проведения слушания согласно 7CFR § 273.16(e)(3)(iv), обратившись в агентство.

По желанию Вы можете отказаться от проведения слушания. Если Вы откажетесь от слушания, размер пособия для Вашей семьи будет сокращен, и Вы будете дисквалифицированы из программы получения пособия FoodShare на следующий период:

- Один год** за первое нарушение.
- Два года** за второе нарушение.
- Два года** за первый обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей наркотиков.
- Постоянный срок** за первое умышленное нарушение правил программы с обвинительным приговором, вынесенным федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Постоянный срок** за второй обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за использование или получение пособия в процессе сделки с продажей наркотиков.
- Постоянный срок** за обвинительный приговор, вынесенный федеральным, штатским или местным судом за продажу пособия на общую сумму в \$500 и выше.
- 10 лет** за первое или второе умышленное нарушение правил программы, связанное с получением двойного пособия на основании ложного заявления или намеренного введения в заблуждение.
- Постоянный срок** за третье нарушение, связанное с любым из вышеуказанных условий.

Независимо от факта проведения слушания окружной прокурор может преследовать Вас за умышленное нарушение программы в судебном порядке по гражданским или уголовным законам, а агентство может принудительно взыскивать с Вас переплату. Вы и остальные члены Вашей семьи в возрасте 18 лет и старше в период переплаты пособия несут ответственность за возвращение несправедливо выплаченного пособия.

Если Вы подпишете данный отказ, Вам также нужно выбрать одно из следующих заявлений относительно признания Вами изложенных выше фактов. Вы не обязаны признавать какие-либо обвинения. У Вас есть право хранить молчание в отношении обвинений, так как все, сказанное или подписанное Вами, может быть использовано против Вас в суде.

- Я признаю представленные факты и понимаю, что если я подпишу данный отказ, ко мне будет применено наказание в форме дисквалификации.
- Я не признаю правильность представленных фактов. Тем не менее, я принимаю решение подписать данный отказ и понимаю, что это приведет к наказанию в форме дисквалификации.

Если Вы не являетесь главой семьи, данное соглашение должно быть также подписано главой семьи.

Чтобы не задерживать проведения слушания, подписанный отказ должен быть возвращен в указанное ниже местное агентство до:

_____.

Если у Вас есть вопросы, позвоните по тел. _____.

| | | |
|---|------|-----------------|
| Представитель агентства | | Номер телефона |
| Адрес | | |
| Город | Штат | Почтовый индекс |
| ПОДПИСЬ – Участник | | Дата подписи |
| ПОДПИСЬ – Глава семьи (если отличается от участника) | | Дата подписи |

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.