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

SANC

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.

Distribution: Participant – Original; Case File – Copy

SANC

- 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:

_____.

SANC

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

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.