

FOODSHARE WISCONSIN تقرير تغيير الدخل

(الإبلاغ عن الأسر المخفضة)

FOODSHARE WISCONSIN INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)

إذا كانت ساعات العمل الشهرية الخاصة بك قد انخفضت إلى أقل من 80 ساعة شهرياً أو إذا كان إجمالي * الدخل الأسري الخاص بك أكثر من حد الدخل المُبلغ عنه، كما هو موضح أدناه، يجب عليك الإبلاغ عن هذا التغيير للوكالة الخاصة بك بحلول اليوم العاشر من الشهر المقبل. إذا حدث أي من التغييرات المذكورة، يمكنك:

- الإبلاغ عن التغييرات عبر الإنترنت من خلال هذا الرابط access.wisconsin.gov.
- املأ هذا التقرير وقم بإرساله بريدياً أو عبر الفاكس إلى:

إذا لم تكن تعيش في Milwaukee County
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
الفاكس: 855-293-1822

إذا كنت تعيش في Milwaukee County
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
الفاكس: 888-409-1979

- أو يمكنك الاتصال أو أخذها لوكالتك. يمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف و كالتك من خلال هذا الرابط www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm أو بالاتصال بالرقم 800-362-3002 أو 711 (خدمة الهاتف النصي لضعاف السمع TTY).

على سبيل المثال: إذا كنت قد بدأت عملاً جديداً في الأول من شهر أغسطس وتلقى أجراً أكثر من الذي تتلقاه حالياً وهناك ثلاثة أشخاص يحصلون على مخصصات FoodShare في حالتك. إذا كان إجمالي * دخلك الأسري الشهري في أغسطس أكثر من حد الدخل المُبلغ عنه والبالغ \$2,252، يجب عليك إبلاغ موظف FoodShare الخاص بك عن هذا التغيير بحلول اليوم العاشر من شهر سبتمبر. يمكنك أيضاً العثور على المبلغ المطلوب منك الإبلاغ عنه في آخر خطاب تسجيل خاص بك.

* إجمالي الدخل يعني كل الدخل، الدخل الوظيفي أو الأجور والإيرادات الأخرى، التي يحصل عليها كل فرد من أفراد أسرتك قبل أي خصومات مثل الضرائب والمبالغ المستقطعة.

حدود الإبلاغ عن الدخل الشهري – 1 أكتوبر 2018 إلى 30 سبتمبر 2019			
حدود الدخل الشهري	حجم الأسرة	حدود الدخل الشهري	حجم الأسرة
\$3,656	6	\$1,316	1
\$4,124	7	\$1,784	2
\$4,592	8	\$2,252	3
\$5,060	9	\$2,720	4
\$5,528	10	\$3,188	5

*تستند مبالغ الدخل هذه على المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر لعام 2018-2019، والتي تتغير في شهر أكتوبر من كل عام. أضف \$468 إلى حد الدخل لكل فرد إضافي في الأسرة.

يمكنك الاستمرار في الإبلاغ عن أي تغييرات أخرى مثل تغيير عنوان، أو زواج، أو زيادة أو نقصان أفراد الأسرة، أو انخفاضات في دخلك الشهري؛ ومع ذلك، أنت غير مطالب بالقيام بذلك. وإذا كنت ترغب في الإبلاغ عن هذه التغييرات، اتصل بوكالتك.

معلومات التعريف الشخصية سوف تستخدم فقط للإدارة المباشرة ل FoodShare Wisconsin.

اسمك	رقم الحالة
------	------------

التغيير في الدخل والساعات

التغيير في ساعات الدخل الوظيفي والأجور

اسم الشخص المُعيّن	جهة العمل	معدل الأجر بالساعة	ساعات العمل الأسبوعية	وتيرة تكرار تلقي الأجر	تاريخ أول أجر
		\$			

التغير في الدخل الأخر (على سبيل المثال، مخصصات Social Security، معاشات التقاعد، مدفوعات W-2، مخصصات وتعويضات الإضرابات، دعم ونفقة الطفل)

اسم الشخص الذي يتلقى إيرادات غير مكتسبة	تاريخ تغير الدخل
مصدر الدخل	المبلغ الشهري الجديد \$

حساب الدخل

استخدام هذه المساحة للحصول على مجموع إجمالي مبلغ الدخل الشهري للأسرة.

شهر التغيير _____
عدد أفراد الأسرة _____
إجمالي الدخل الشهري الغير مكتسب \$ _____
الإجمالي الشهري للأجور والدخل الوظيفي \$ _____ +
إجمالي الدخل الشهري للأسرة \$ _____ =

هل تتوقع أن تظل التغييرات المدرجة في هذا التقرير كما هي في الشهر التالي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح أدناه.

النفقات

أنا أفهم أن النفقات التي أبلغ عنها مثل المأوى، المرافق، رعاية الطفل، دعم الطفل أو تكاليف الرعاية الطبية قد تؤثر على مستوى برنامج مخصصات FoodShare التي تتلقاها أسرتي. وأفهم أن الاخفاق في أو إثبات صحة أي نفقات يعني أنني لا أريد الحصول على خصم لهذه النفقات.

تخفيض الدخل

أنا أفهم أنني غير مطالب بالإبلاغ عن انخفاض أو فقدان للدخل؛ إلا أنني، قد أستحق الحصول على مخصصات أكثر من FoodShare إذا ما قمت بالإبلاغ. وأفهم أنني طالما لا أبلغ عن انخفاض في الدخل الشهري لأسرتي أو فقد أي من الدخل الخاص بالأسرة، لن أتلقي الزيادة الناتجة عن ذلك من مخصصات FoodShare.

العقوبات التحذيرية لبرنامج FOODSHARE WISCONSIN

أي فرد من أفراد أسرتك يتعمد مخالفة أي من القواعد التالية قد يتم استبعاده من برنامج FoodShare Wisconsin لمدة 12 شهرًا بعد المخالفة الأولى، ولمدة 24 شهرًا بعد المخالفة الثانية أو مخالفة أولى تنطوي على المواد الخاضعة للرقابة، ويستبعد بشكل دائم عند المخالفة الثالثة:

- إعطاء معلومات كاذبة أو إخفاء معلومات للحصول على أو الاستمرار في الحصول على مخصصات FoodShare،
- تداول أو بيع أو تغيير مخصصات FoodShare،
- استخدام مخصصات FoodShare لشراء سلع غير غذائية، مثل الكحول أو التبغ، أو
- استخدام مخصصات FoodShare أو بطاقات تعريف الهوية أو غيرها من المستندات التي تخص شخص آخر.

تبعًا لقيمة إساءة استخدام المخصصات، قد يتم أيضًا تغريم الفرد بمبلغ يصل إلى \$250,000 وعقوبة سجن تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. ويجوز للمحكمة أيضًا أن تمنع الفرد من البرنامج لمدة 18 شهرًا إضافية. كما يمكن أن يتم استبعادك نهائيًا إذا ما تمت إدانتك بتهمة الاتجار بمخصصات FoodShare بمبلغ من \$500 فأكثر. وسوف تكون غير مؤهل للمشاركة لمدة 10 سنوات إذا وجد أنك قد أدليت ببيان أو إقرار كاذب فيما يتعلق بالهوية والإقامة من أجل الحصول على مخصصات متعددة في نفس الوقت. المجرمين الفارين والمخالفين الخاضعين لمراقبة / تحت إطلاق السراح المشروط غير مؤهلون للبرنامج. قد يخضع الفرد أيضًا للمزيد من الدعاوي القضائية بموجب القوانين الاتحادية الأخرى المعمول بها.

إذا قايتت (بالشراء أو البيع) مخصصات FoodShare بمادة خاضعة للرقابة/ عقاقير غير قانونية، فسيتم استبعادك من برنامج FoodShare لمدة عامين عند الاكتشاف الأول وبشكل دائم عند الاكتشاف الثاني. أما إذا تداولت (بالشراء أو البيع) أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، سيتم استبعادك من FoodShare Wisconsin بشكل دائم.

تاريخ التوقيع

توقيع - المشارك / الممثل المفوض

رقم الهاتف النهاري (بما في ذلك رمز المنطقة)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

تصريح عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المديرية لـ، برامج الـ USDA ان تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج او نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA.

يتوجب على الأشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلاً، لغة بريل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي ، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث قدموا للحصول على المنافع. يمكن للأشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية Federal Relay Service على هاتف (800) 877-8339. إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA، طلب رقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معنونة الى الـ USDA وزود الرسالة بجميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف (866) 632-9992. قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) بالفاكس على هاتف (202) 690-7442؛ أو

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

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص