

ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ДОХОДА ПО ПРОГРАММЕ FOODSHARE WISCONSIN
(для семей с упрощенной отчетностью)
FOODSHARE WISCONSIN INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)

Если количество рабочих часов у Вас сократилось до ниже 80 ч. в месяц или общий совокупный доход* Вашей семьи стал выше установленного для вас лимита отчетности о доходах, приведенного ниже, сообщите об изменениях в свое агентство до 10-го числа следующего месяца. Если такое изменение имело место, Вы можете:

- Сообщить об изменениях по Интернету на ACCESS.wi.gov.
- Заполнить этот отчет и отправить его почтой или факсом на:

Если Вы живете в округе Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
Факс: 1-888-409-1979

Если Вы живете не в округе Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
Факс: 1-855-293-1822

- Вы также можете позвонить или принести его в Ваше агентство. Адрес и телефон Вашего агентства можно узнать на dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm или по телефону: 1-800-362-3002 или 711 (телетайп).

Например: 1 августа Вы начинаете работать на новой работе, где Ваша зарплата будет выше, чем сейчас, и в Вашей семье три человека получают льготы FoodShare. Если Ваш общий месячный совокупный семейный доход* в августе будет выше лимита в 2177 долларов, установленного для отчетности о Вашем доходе, Вы должны сообщить об изменении работающему с Вами представителю FoodShare до 10 сентября. Сумма, о которой Вы должны сообщать, также указана в Вашем последнем регистрационном письме.

*Общий совокупный доход означает весь доход, **доход от работы или заработной платы и другой доход**, полученный всеми членами вашей семьи до вычетов, таких как налоги и удержания.

Месячный лимит отчетности о доходе в 2015 г.*			
Размер семьи	Месячный лимит дохода	Размер семьи	Месячный лимит дохода
1	\$1276	6	\$3529
2	\$1726	7	\$3980
3	\$2177	8	\$4430
4	\$2628	9	\$4881
5	\$3078	10	\$5332

*Указанные суммы дохода основаны на федерально установленном уровне бедности на 2015 г., который немного повышается каждый год в октябре. Для каждого дополнительного члена семьи добавьте по 451 доллару на человека к лимиту дохода.

Вы можете продолжать отчитываться о других изменениях, таких как смена адреса, вступление в брак, убавления и прибавления в составе семьи и понижение Вашего месячного дохода; но делать это не обязательно. Если Вы решите сообщить об этих изменениях, обратитесь в свое агентство.

Персональные данные будут использоваться только для непосредственной реализации программы FoodShare Wisconsin.

Ваше имя, фамилия	Номер дела
-------------------	------------

ИЗМЕНЕНИЯ В ДОХОДЕ И ЧАСАХ

Изменение рабочих часов, приносящих доход, и заработной платы

Имя, фамилия – Работник		Работодатель	
Почасовая ставка \$	Кол-во часов в неделю	Периодичность выплат	Первый день выдачи зарплаты

Federal Law 7: CFR273.12(b)

ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДОХОДЕ

(например, льготы по социальному обеспечению (Social Security), пенсии, выплаты по W-2, пособие для бастующих, алименты и пособие, выплачиваемое бывшим супругом(ой))

Имя, фамилия – Лицо, получающее нетрудовой доход	Дата изменения дохода
Источник дохода	Новая месячная сумма \$

РАСЧЕТ ДОХОДА

Используйте эту графу, чтобы рассчитать общий совокупный месячный доход семьи.

Месяц, когда произошли изменения	Кол-во членов семьи
Общий месячный совокупный нетрудовой доход	\$
Общий месячный совокупный доход от работы и заработной платы	+ \$
Общий месячный совокупный доход семьи	= \$

Ожидаете ли Вы, что изменения, о которых сообщается в этой форме, останутся такими же в следующем месяце?

Да Нет

Если нет, поясните внизу.

Расходы

Я понимаю, что расходы, о которых я сообщаю, такие как расходы на жилье, коммунальные услуги, алименты на ребенка или медицинские расходы, могут повлиять на размер льгот FoodShare, получаемых моей семьей. Я понимаю, что если я не сообщу о расходах или не предоставлю их подтверждения, это будет означать, что я не хочу, чтобы эти расходы вычитались из размера моего дохода.

Снижение дохода

Я понимаю, что не обязан сообщать о снижении или потере дохода; тем не менее, если я сообщу об этом, я могу получить больше льгот FoodShare. Я понимаю, что если я не сообщу о снижении или потере месячного дохода моей семьи, я не получу соответствующих дополнительных льгот FoodShare.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ, ПРЕДУСМОТРЕННОМ FOODSHARE WISCONSIN

Любой член вашей семьи, намеренно нарушивший любое из следующих правил, может быть лишен FoodShare Wisconsin на 12 месяцев после первого нарушения, на 24 месяца после второго нарушения или после первого нарушения, если оно было связано с контролируемым веществом, и навсегда после третьего нарушения:

- Предоставление ложных сведений или сокрытие информации для получения или продолжения получения льгот FoodShare;
- Торговля, продажа или подделка льгот FoodShare;
- Использование льгот FoodShare для покупки непищевых продуктов, таких как алкоголь или табак; или
- Использование льгот FoodShare, идентификационных карт или другой документации, принадлежащих другому человеку.

В зависимости от размера использованных не по назначению льгот, нарушитель также может быть оштрафован на сумму до 250 000 долларов, осужден на тюремное заключение сроком до 20 лет или понести оба наказания. Суд также может отстранить его от программы на дополнительные 18 месяцев. Кроме того, Вы навсегда потеряете право на льготы, если будете признаны виновным в торговле льготами FoodShare на сумму в 500 долларов и более. Вы потеряете право на участие в программе на 10 лет, если Вас признают виновным в предоставлении ложной информации или заявлений относительно Вашей личности или места жительства с целью получения нескольких льгот одновременно. Преступники, скрывающиеся от наказания, и нарушители условий условного наказания или условно-досрочного освобождения не имеют права на участие в программе. Нарушитель также может подлежать дополнительному судебному преследованию по другим действующим федеральным законам.

Если Вы торгуете (продаете или покупаете) льготами FoodShare в обмен на контролируемое вещество/запрещенные наркотики, Вы будете отстранены от программы FoodShare на два года после первого нарушения и навсегда после второго нарушения. Если Вы торгуете (покупаете или продаете) огнестрельным оружием, боеприпасами или взрывчатыми веществами, Вас навсегда отстранят от FoodShare Wisconsin.

Заявление USDA о недопущении дискриминации

В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах (Federal civil rights law) и нормами и правилами в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, его ведомств, управлениям и работникам, а также учреждениям, участвующим или осуществляющим программы USDA, запрещается допускать дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национальности, пола, религиозных убеждений, ограниченных возможностей, возраста, политических взглядов, а также допускать репрессии или преследования за предыдущую деятельность, связанную с гражданскими правами, в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык глухонемых и т.д.), следует обращаться в агентство (штата или по месту проживания), где они подавали заявление на льготы. Лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи могут обращаться в USDA через Federal Relay Service по тел. (800) 877-8339. Кроме того, информацию о программе можно получить на других языках помимо английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в программе, заполните форму USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) на вебсайте: <https://www.ascr.usda.gov/how-file-program-discrimination-complaint> или в любом офисе USDA или напишите письмо на адрес USDA и включите в письмо всю информацию, которую нужно указать в форме. Копию формы жалобы можно получить, позвонив по тел. (866) 632-9992. Направьте заполненную форму или письмо в USDA по:

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

(2) факсу: (202) 690-7442; или

(3) электронной почте: program.intake@usda.gov.

Наше учреждение предоставляет равные возможности.

ПОДПИСЬ – Участник / Уполномоченный представитель

Дата подписи

Номер телефона в дневное время (включая код города)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE