

## НАЗНАЧЕНИЕ, ЗАМЕНА ИЛИ ОТЗЫВ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ

### APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION

Заполните и отправьте форму «Назначение, замена или отзыв уполномоченного представителя: организация», F-10126B, для назначения, замены или отзыва организации, выступающей в роли Вашего уполномоченного представителя. Для замены контактного лица организации Вы или организация должны связаться с Вашим агентством. Контактные данные Вашего агентства приведены на веб-сайте Wisconsin Department of Health Services (DHS), доступном по ссылке: [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

Для назначения **физического лица** в качестве своего уполномоченного представителя заполните и отправьте форму «Назначение, замена или отзыв уполномоченного представителя: физическое лицо», [F-10126AR](#), вместо формы для организации.

Если у Вас есть законный опекун, доверительный управляющий или лицо, действующее по доверенности, это лицо должно назначить для Вас уполномоченного представителя, если Вы хотите, чтобы кто-то, кроме него, был Вашим уполномоченным представителем.

Персональные данные, предоставленные в этой форме, будут использоваться только для непосредственного руководства в рамках государственных программ поддержки Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services и Caretaker Supplement.

#### Информация об уполномоченном представителе

Уполномоченный представитель — это организация, которая знакома с обстоятельствами Вашей семьи, и которой Вы доверяете действовать от своего имени. Любое лицо может выступать в качестве Вашего уполномоченного представителя с перечисленными ниже **исключениями**.

- Лица, которые были дисквалифицированы за преднамеренное нарушение правил программы FoodShare, не могут выполнять функции уполномоченного представителя в течение периода дисквалификации, за исключением случаев, когда никто другой не может выступать в качестве уполномоченного представителя.
- Поставщики питания для бездомных не могут выполнять функции уполномоченного представителя пищевого звена бездомных. (Пищевое звено — это один человек или несколько людей, которые живут вместе, покупают и готовят еду вместе).
- Сотрудники агентства, которые помогают оценить соответствие критериям получения льгот или пособия, не могут выполнять функции уполномоченного представителя. Однако в некоторых случаях им может быть выдано специальное письменное разрешение на то, чтобы они могли выполнять функции уполномоченного представителя.
- Розничные торговцы, которые имеют право получать льготы FoodShare, не могут выполнять функции уполномоченного представителя.

После назначения Ваш уполномоченный представитель может выполнять от Вашего имени перечисленные ниже действия.

- Подавать заявки на получение или возобновление льгот.
- Сообщать об изменениях Ваших данных.
- Работать с Вашим агентством по любым вопросам, связанным с Вашими льготами.
- Подавать жалобы и апелляции относительно Вашего соответствия критериям получения льгот по программам, на участие в которых Вы подаете заявку или в которых Вы участвуете.

Вы также можете разрешить Вашему уполномоченному представителю получать копии писем о Вашем соответствии критериям получения льгот и пособий.

Вам **необязательно** иметь уполномоченного представителя для подачи заявления на получение льгот или для их получения.

Уполномоченный представитель, которого Вы назначаете в этой форме, может действовать от Вашего имени в **любой** из следующих программ: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services и/или Caretaker Supplement. Если Вы участвуете в любой из этих программ **и** в Wisconsin Works (W-2), Ваш уполномоченный представитель может также действовать от Вашего имени в W-2.

Уполномоченный представитель, которого Вы назначаете в этой форме, **не может** действовать от Вашего имени в программе Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program. Однако, если Вы хотите, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии писем о Вашем соответствии критериям получения льгот и пособий, и Вы участвуете в программе Wisconsin Shares в дополнение к одной из других программ, Ваш уполномоченный представитель сможет просматривать письма от Wisconsin Shares или получать их копии.

### Указания по заполнению формы

При отсутствии в этой форме необходимой информации, включая любую из подписей, форма считается неполной, и Ваш уполномоченный представитель **не сможет** действовать от Вашего имени

**Раздел 1** – Вам нужно заполнить раздел 1. Вам нужно будет выбрать, назначаете, заменяете или отзываете Вы уполномоченного представителя. Вам также нужно будет указать свои ФИО и дату рождения, чтобы мы могли идентифицировать Вас. Если Вы назначаете или заменяете уполномоченного представителя, выберите, хотите ли Вы, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии Ваших писем. Затем прочитайте заявления о понимании. Если Вы согласны, подпишите и датировать эту форму.

**Раздел 2** – лицо, которое может действовать от имени организации, должно заполнить раздел 2. Это лицо должно указать наименование организации и ее контактные данные, а также свои собственные данные. Это лицо также должно будет прочитать заявления о понимании, а затем подписать и датировать форму, если организация и контактное лицо согласятся с этими заявлениями.

**Раздел 3** – если Вы назначаете или заменяете уполномоченного представителя, необходимо, чтобы кто-либо, помимо Вашего уполномоченного представителя, присутствовал при подписании Вами этой формы. Это лицо называется свидетелем. Если Вы, подписывая эту форму, ставите отметку «X», то два свидетеля должны присутствовать при подписании Вами этой формы. Свидетель или свидетели должны указать свои ФИО, поставить подпись и указать дату подписания формы.

### Отправка формы

Вы можете отправить заполненную форму одним из следующих способов.

#### По Интернету

Отсканируйте все страницы формы для программы ACCESS. Вы можете сделать это через учетную запись в программе ACCESS, в которую можно зайти на веб-сайте [access.wi.gov](http://access.wi.gov). (**Примечание.** Если у Вас нет учетной записи в программе ACCESS, зайдите на веб-сайт [access.wi.gov](http://access.wi.gov) и создайте ее.)

**Примечание.** Формы для программы ACCESS можно сканировать только в определенное время. Если Вы не можете отсканировать форму для программы ACCESS, отправьте форму, используя один из других способов.

#### По почте

- Если Вы живете в **округе Милуоки**, отправьте форму по почте по адресу:  
MDPU  
P.O. Box 05676  
Milwaukee, WI 53205
- Если Вы **не живете** в округе Милуоки, отправьте форму по почте по адресу:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

#### По факсу

- Если Вы живете в **округе Милуоки**, отправьте форму по факсу на номер: 888-409-1979.
- Если Вы **не живете** в округе Милуоки, отправьте форму по факсу на номер: 855-293-1822.

#### Лично

Занесите форму в Ваше агентство. Контактные данные Вашего агентства приведены на веб-сайте DHS, доступном по ссылке:  
[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

Для получения дополнительной информации об уполномоченных представителях перейдите на веб-сайт DHS по ссылке [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

**РАЗДЕЛ 1** Заполняется заявителем/участником



- Я,
- Назначаю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **все** графы раздела 1.
  - Заменяю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **все** графы раздела 1. Не забудьте указать ФИО нового уполномоченного представителя в части В.
  - Отзываю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **части А и D** раздела 1. Оставьте часть В незаполненной.

**Часть А. Личные данные**

ФИО заявителя/участника (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения

Номер дела (при наличии)

**Часть В. Информация о полномочиях**

Я назначаю следующую организацию в качестве моего уполномоченного представителя:

Я хочу, чтобы мой уполномоченный представитель получал копии писем о моем соответствии критериям получения льгот и пособий. Учтите, что письма будут отправляться контактному лицу организации.

- Да  Нет

При ответе «да» отправлять копии на следующем языке:

- Английский  Испанский

**Часть С. Заявления о понимании**

Я понимаю и принимаю нижеследующие положения.

- Я имею право выбрать любую организацию для назначения своим уполномоченным представителем.
- Я могу заменить или отозвать своего уполномоченного представителя в любое время. Я обязуюсь сообщить своему агентству в письменной форме о том, что хочу заменить или отозвать своего уполномоченного представителя.
- Мне не нужно сообщать организации, что я отстраняю ее от исполнения обязанностей своего уполномоченного представителя.
- Уполномоченный представитель, указанный в этой форме, останется моим уполномоченным представителем до тех пор, пока я не заменю или не отзываю его.
- Мой уполномоченный представитель будет иметь доступ к моей личной информации, такой как мой номер социального страхования, финансовая отчетность и медицинская информация, для того чтобы помочь мне распоряжаться правом на получение льгот или пособий.
- Я обязуюсь предоставлять своему уполномоченному представителю достоверную и точную информацию.

- Я несу ответственность за ошибки и неверную информацию, сообщенную моим уполномоченным представителем. Я понимаю, что если мой уполномоченный представитель или я сам(-а) дам ложную информацию или скрою информацию, то:
  - мне придется вернуть пособия, которые я не имел(-а) права получать;
  - меня могут оштрафовать;
  - меня могут исключить из программы;
  - против меня могут открыть уголовное дело по обвинению в мошенничестве.
- Подписывая эту форму, я подтверждаю, что понимаю и принимаю вышеприведенные заявления.

**Часть D. Подпись и дата**



**ПОДПИСЬ** заявителя/участника

Дата подписи

**РАЗДЕЛ 2**

**Заполняется уполномоченным представителем**



**Часть А. Контактные данные**

Наименование организации

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона (включая код города)

ФИО контактного лица организации (фамилия, имя, отчество)

Должность контактного лица организации

Адрес электронной почты контактного лица организации (необязательно)

**Часть В. Заявления о понимании**

Я понимаю и принимаю нижеследующие положения.

- Я уполномочен(-а) действовать от имени организации, указанной в разделе 2 части А.
- В качестве уполномоченного представителя организация ограничивается выполнением от имени заявителя или участника перечисленных ниже действий.
  - Подача заявок на получение или возобновление льгот.
  - Сообщение об изменениях.
  - Работа с агентством заявителя или участника по любым вопросам, связанным со льготами.
  - Подача жалоб и апелляций, связанных с соответствием критериям получения льгот.
- Ожидается, что организация знакома с обстоятельствами заявителя или участника.

- Организация должна сообщать агентству заявителя или участника о любых изменениях в контактных данных, указанных в разделе 2 части А.
- Заявитель или участник может отстранить организацию от исполнения обязанностей его уполномоченного представителя в любое время.
- Заявителю или участнику не нужно уведомлять организацию об ее отстранении от исполнения обязанностей его уполномоченного представителя.
- Организация является уполномоченным представителем заявителя или участника до тех пор, пока он не запросит назначения другого уполномоченного представителя или не решит отказаться от назначения уполномоченного представителя.
- Организация и любое лицо, действующее от ее имени, должны предоставлять достоверную и точную информацию.
- Если организация будет предоставлять неточную или ложную информацию, от заявителя или участника могут потребовать возврата пособий на медицинское обслуживание, полученных по ошибке.
- Если организация намеренно нарушит правила программы, она должна будет вернуть любые пособия FoodShare, которые были незаконно использованы или получены по ошибке.
- Организация и любое лицо, действующее от ее имени, должны соблюдать действующие государственные и федеральные законы и правила, включая 42 C.F.R. часть 431, подраздел F; 42 C.F.R. §447.10; и 45 C.F.R. §155.260(f), касающиеся конфликта интересов и конфиденциальности информации.
- Подписывая эту форму от имени организации, указанной в разделе 2 части А, я подтверждаю, что понимаю и принимаю вышеприведенные заявления.
- Подписывая эту форму, я подтверждаю, что организация, указанная в разделе 2 части А, будет выполнять функции уполномоченного представителя для заявителя или участника, указанного в разделе 1.

**Часть С. Подпись и дата**

 <b>ПОДПИСЬ</b> контактного лица организации	Дата подписи
--	--------------

**РАЗДЕЛ 3** Заполняется свидетелями



ФИО свидетеля (фамилия, имя, отчество)

 <b>ПОДПИСЬ</b> свидетеля	Дата подписи
---	--------------

ФИО свидетеля (фамилия, имя, отчество) (если заявитель/участник вместо подписи поставит отметку «X»)

 <b>ПОДПИСЬ</b> свидетеля	Дата подписи
---	--------------

## Заявление USDA о недискриминации

Данному учреждению запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии или политических убеждений.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните [Форму жалобы о дискриминации в программе USDA](#) (AD-3027), которая доступна в интернете по адресу [How to File a Complaint](#) и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Для получения любой другой информации, относящейся к вопросам Программы дополнительной помощи с питанием (SNAP), следует позвонить в Горячую линию SNAP USDA по телефону (800) 221-5689, где также предлагается возможность разговора на испанском языке, или позвонить в [Горячую информационную линию штата](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам), номер которой вы можете найти в интернете по адресу [SNAP Hotline](#).

Чтобы подать жалобу о дискриминации в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через Министерство здравоохранения и социальных служб США (HHS), напишите по адресу HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, или позвоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телетайп).

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.