

**FOODSHARE 收入变化报告表**

(精简版家庭报告表)

**FOODSHARE INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)**

如果您每月的工作时间减少至低于每月 80 小时或您的家庭月收入总额\*超过了您收入报告的限额，限额请见下表，请在下一个月的 10 日前向您的当地服务机构报告相关变化。如有上述变化，您可以：

- 在 [access.wi.gov](http://access.wi.gov) 网站在线报告相关变化。
- 填写本表格并邮寄或传真至：

如果您住在 Milwaukee 县：

MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218  
传真：888-409-1979

如果您不住在 Milwaukee 县：

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
传真：855-293-1822

- 您可以致电或直接将表格交至您所在的当地服务机构。服务机构的地址与电话号码请参见 [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) 或致电 800-362-3002 或 711 (TTY) 查询。

例如：您在 8 月 1 日开始做一份比现在收入更高的新工作，并且您的□□□三个受益人□□ Foodshare □□。如果您□□□在 8 月□月收入总额\* 高于您 \$2,888 的收入报告限额，您必须在 9 月 10 日之前将相关变化报告给 FoodShare 工作人员。您也可以在您最新的注册信中找到应汇报的金额。

\*月收入总额是指您家中所有成员在任何扣除额（如税金与预扣税款）前□□个□内的所有收入金额。

2025 年 10 月 1 日至 2026 年 9 月 30 日，月收入报告限额*			
家庭人数	月收入限额	家庭人数	月收入限额
1	\$1,696	6	\$4,675
2	\$2,292	7	\$5,271
3	\$2,888	8	\$5,867
4	\$3,483	9	\$6,463
5	\$4,079	10	\$7,059

\*该收入限额是根据 2025–2026 年联邦贫困线设定，该贫困线在每年十月变更。每增加一名家庭成员，月收入限额每人增加 \$596。

您也可继续报告其他的变化，如地址变更、结婚、家庭成员迁入或迁出，您月收入的减少等。但纯属自愿，不做强求。如果您选择报告这些变化，请联系您的服务机构。

个人信息将仅被用于 FoodShare 项目的直接管理。

您的姓名	注册号
------	-----

**收入变化**

**工作收入小时数与薪资变化**

姓名 - 受雇者			
\$			
时薪	每周工作时间	工资支付周期	工资首发日期
\$			

**其他收入变化** (例如, 社会安全福利, 退休金, W-2 收入, 罢工补助, 子女抚养费与离婚赡养费)

姓名-获得非工作收入者	收入变化日期
收入来源	新月收入金额 \$
变化的月份	家庭人数
月非工作收入总额	\$
月工作收入与薪资总额	+ \$
家庭月收入总额	= \$

您预计在本表格中报告的变化在下个月是否保持不变?  是  否  
如果选否, 请在下方说明。

### 开支

我明白我报告的开支如住房费用、水电杂费、儿童保育、子女抚养费、或医疗费用可能影响我的家庭所获得的 FoodShare 福利的数额。我明白未能汇报或证明任何一项支出都意味着我不想将该项支出计入我的总开支。

### 收入减少

我明白我并非必须报告收入的失去或减少; 但是如果我报告了, 就可能有资格获得更多的 FoodShare 福利。我明白只要我未汇报家庭任一收入的失去或月收入的减少, 我将无法获得相应的 FoodShare 福利的增加。

### FOODSHARE 处罚警告

若您家庭中任一成员有意违反以下任何一条规定, 在初次违规后的 12 个月内, 第二次违规或初次违规但涉及管控药品后的 24 个月内将被  参  FoodShare。第三次违规后将永久不得参加:

- 为获得或继续获得 FoodShare 福利而提供虚假或隐瞒信息,
- 交易, 出售或更改 FoodShare 福利,
- 使用 FoodShare 福利购买非食品物品, 如烟酒, 或
- 使用他人的 FoodShare 福利, 身份证或其他文件。

根据滥用福利的金额, 个人可能被处以高达 \$250,000 的罚款及/或长达 20 年的刑期。法院还可将禁止  参加 FoodShare 的时间再延长 18 个月。若您被判定非法交易 FoodShare 福利且金额超过 \$500, 您将终生失去参加资格。若您被查出对身份和地址信息作出虚假声明或错误陈述从而同时取  多份福利, 您将失去参加 Foodshare 的资格 10 年。重罪逃犯与缓刑期/假释期违法者不得参加 FoodShare。  还可能受其他相关联邦法律的制裁。

若您为管控药品/非法毒品而交易 (买或卖) FoodShare 福利, 在初次被发现后将被禁止  参  FoodShare 福利, 项目两年, 第二次被发现后将永久不得参加。若您交易 (买或卖) 枪支、弹药或爆炸物, 您将被永久禁止  参  FoodShare 福利。

签名 - 参加者/授权代表	签字日期
日间电话号码 (包括区号)	

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(833) 620-1071 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

(1) 邮件：

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; 或

(2) 传真：

(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或

(3) 电子邮箱：

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

本机构提供平等机会。