

ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ДОХОДА ПО ПРОГРАММЕ FOODSHARE
(для семей с упрощенной отчетностью)
FOODSHARE 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
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
Факс: 888-409-1979

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

- Позвоните или принесите его в Ваше агентство. Адрес и телефон Вашего агентства можно узнать на www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или по телефону: 800-362-3002 или 711 (телефон для слышащих).
или по телефону: 800-362-3002 или 711 (телефон для слышащих).

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 ежемесячный совокупный доход* семьи в августе будет выше лимита в 2888 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 ежемесячный совокупный доход означает общую сумму **дохода**, полученного в течение месяца всеми членами вашей семьи до вычетов, таких как налоги и удержания.

Месячный лимит дохода, требующий подачи отчета, с 1 октября 2025 г. по 30 сентября 2026 г.*			
Размер семьи	Месячный лимит дохода	Размер семьи	Месячный лимит дохода
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

*Указанные суммы дохода основаны на федерально установленном уровне бедности на 2025–2026 гг., который изменяется каждый год в октябре. Для каждого дополнительного члена семьи добавьте по 596 доллара 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.

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

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 \$
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

Любой член вашей семьи, намеренно нарушивший любое из следующих правил, может перестать получать FoodShare в течение 12 месяцев после первого нарушения, в течение 24 месяцев 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.
- 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 Вас от получения FoodShare 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 не сможете участвовать в FoodShare в течение 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 получать FoodShare. Вы также можете 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 не будете получать льготы FoodShare в течение двух лет после первого нарушения и навсегда после второго нарушения. Если Вы торгуете (покупаете или продаете) огнестрельным оружием, боеприпасами или взрывчатыми веществами, Вам навсегда будет отказано в льготах FoodShare.

ПОДПИСЬ – Участник / Уполномоченный представитель

Дата подписи

Номер телефона в дневное время (включая код города)

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

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:

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.