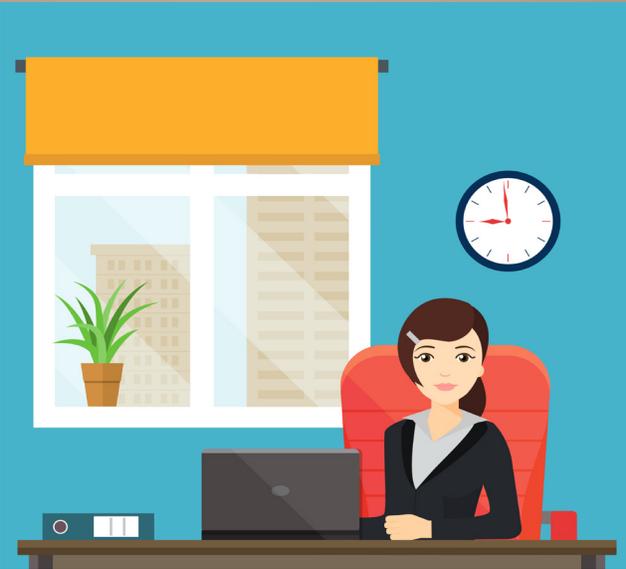




申請指南

Wisconsin 的健康、營養和 其他計劃



如果您有殘疾且需要以不同格式取得此資訊、需要將其翻譯成其他語言、或對您的權利和責任有任何疑問，請聯繫您的服務機構（請參閱第 15 頁）或致電 800-362-3002 聯繫 **Member Services**（會員服務部門）。各項語言服務均可免費提供。

歡迎

您需要協助來獲取健康保險嗎？您不確定如何支付這個月的雜貨開銷？在您上學、工作或參與工作培訓計劃時，您是否需要幫助來支付兒童托育費用？您是否需要幫助來尋找工作或發展自身的技能，以邁出職業生涯的下一步？

本指南將告訴您如何申請 Wisconsin 的健康、營養和其他福利及相關計劃。任何提出申請並且符合條件的人都將獲得福利或獲准參加計劃。



醫療保健



營養



兒童照料



就業



目錄

相關福利和計劃	4
如何申請	7
您需要申請什麼？	8
幫助和提示	9
提供證明	10
您將收到的信件	14
相關資源及聯絡人	15
您獲得公平聽證的權利	17
資訊的收集和使用及隱私權	20

相關福利和計劃

Wisconsin 的下列各項福利和計劃，可為您提供醫療保健、營養、兒童照料和就業方面的援助。有關各項計劃的更多詳情，請造訪：

- www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>。
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>。

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus 為收入有限的 0-64 歲人群提供醫療保險。

BadgerCare Plus Prenatal Plan 計劃

BadgerCare Plus Prenatal Plan 計劃為因沒有移民身份或因身陷監獄而無資格獲得 BadgerCare Plus 的孕婦提供與懷孕相關的醫療保險。

Badger Care Plus Emergency Services

BadgerCare Plus Emergency Services 在某些情況下為因其移民或公民身份而沒有資格獲得 BadgerCare Plus 但需要立即就醫的人提供有限的醫療保險。

Family Planning Only Services

Family Planning Only Services 計劃為男子和婦女提供某些與計劃生育有關的服務和用品，以防止意外懷孕。

除了此處描述的福利和計劃之外，可能還有其他資源可供需要幫助的人使用。請洽您的服務機構或撥打 211，以了解更多資訊。請翻閱第 15 頁，以了解您服務機構的聯絡資訊。

FoodShare

FoodShare Wisconsin，也稱為 SNAP（補充營養援助計劃），旨在幫助收入有限的人購買維持身體健康所需要的食物。

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled 為 65 歲以上、失明或殘疾且收入或資產有限的人提供醫療保險。其包括下列醫療保險計劃：

- Supplemental Security Income (SSI 或補充保障收入) Medicaid
- 與補充保障收入 (SSI) 相關的 Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- 長期照顧，包括 Family Care、Family Care Partnership、IRIS (Include, Respect, I Self-Direct (包容、尊重、自我指導))、Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)、Institutional Medicaid 和 Katie Beckett

Family Care

Family Care 為 65 歲以上的成年人和身體、發育或智力殘疾的成年人提供長期護理服務，以便他們可以在可能的情況下住在自己的家中。

Family Care Partnership

Family Care Partnership 為 65 歲以上的成年人和有發育、智力或身體殘疾的成年人提供長期護理服務、保健和處方藥，以幫助他們在社區中盡可能獨立生活。

IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (包容、尊重、自我指導) 計劃

IRIS讓年齡在18歲以上需要長期支援的成年人管理自身的長期照顧服務。

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE 為居住在密爾沃基或沃基肖縣的 55 歲以上老人提供長期護理、醫療保險和處方藥。

Institutional Medicaid (醫院、療養院、精神疾病機構)

Institutional Medicaid 為在機構中連續工作 30 天以上或預計會在機構居住連續 30 天以上的人提供醫療保險和長期照顧服務。

Katie Beckett Medicaid

Katie Beckett 計劃為年齡在 19 歲以下患有長期殘疾或有複雜醫療需求且必須與家人一起生活的兒童提供醫療保險。

Medicare 儲蓄計劃

Medicare 儲蓄計劃可幫助登記參與 Medicare 的人支付某些 Medicare 費用，具體情況取決於其收入和資產。

Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid 將支付 Medicare A 部分和 B 部分保險費、Medicare 共同保險和自負額。

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid 將支付 Medicare B 部分保費。

Qualified Individual Group 1 (也稱為 Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid 將支付 Medicare B 部分保費。

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid 將支付 A 部分保費。



SeniorCare

SeniorCare 幫助為 65 歲以上的人支付處方藥費用。

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit 涵蓋了那些被診斷患有肺結核但沒有資格獲得醫療補助者的結核病相關服務。

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement 是低收入父母的現金福利。其可以獲得補充保障收入 (SSI)，並與子女一起生活和照顧子女。

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 計劃

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 計劃幫助低收入家庭支付兒童保育費用，以便父母或其他經批准的看護人員可以工作，上學或參加受到批准的工作培訓計劃。

Wisconsin Works (W-2)

W-2 是一項限時計劃。其為低收入父母和孕婦提供臨時現金援助和個案管理服務。這是一項專為願意從事工作活動的成年人設計的工作計劃。



如何申請

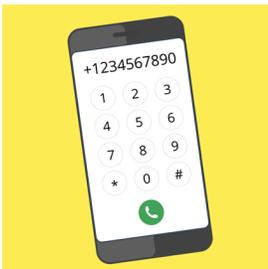
您可以透過網路、電話、郵件或親自前往服務機構申請相關福利和計劃。如果您使用英語或西班牙語以外的語言進行閱讀或書寫，您需要致電您的服務機構或提交書面申請。

語言協助服務，包括書面翻譯和口譯服務，均可免費提供。致電您的服務機構，以尋求幫助。請翻閱第 15 頁，以了解您服務機構的聯絡資訊。



網頁：僅提供英語和西班牙語版本

請前往 access.wisconsin.gov。選擇「Apply for Benefits (申請福利)」。根據您所提供的資訊，您可以了解您可能獲得的健康、營養和其他福利或計劃。您可以設定 ACCESS 帳戶，並在線上檢查您的申請狀態。



電話

致電您的服務機構，並透過電話提出申請。請翻閱第 15 頁，以了解您服務機構的聯絡資訊。



郵件或傳真

使用您的語言列印申請紙本。

- **BadgerCare Plus 和 Family Planning Only Services**：請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm。
- **FoodShare**：請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm。
- **Medicaid**：請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm。
- **SeniorCare**：請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm。

按照申請書上的說明提交申請。如果您要傳真申請書，請務必傳送申請書的正反兩面。

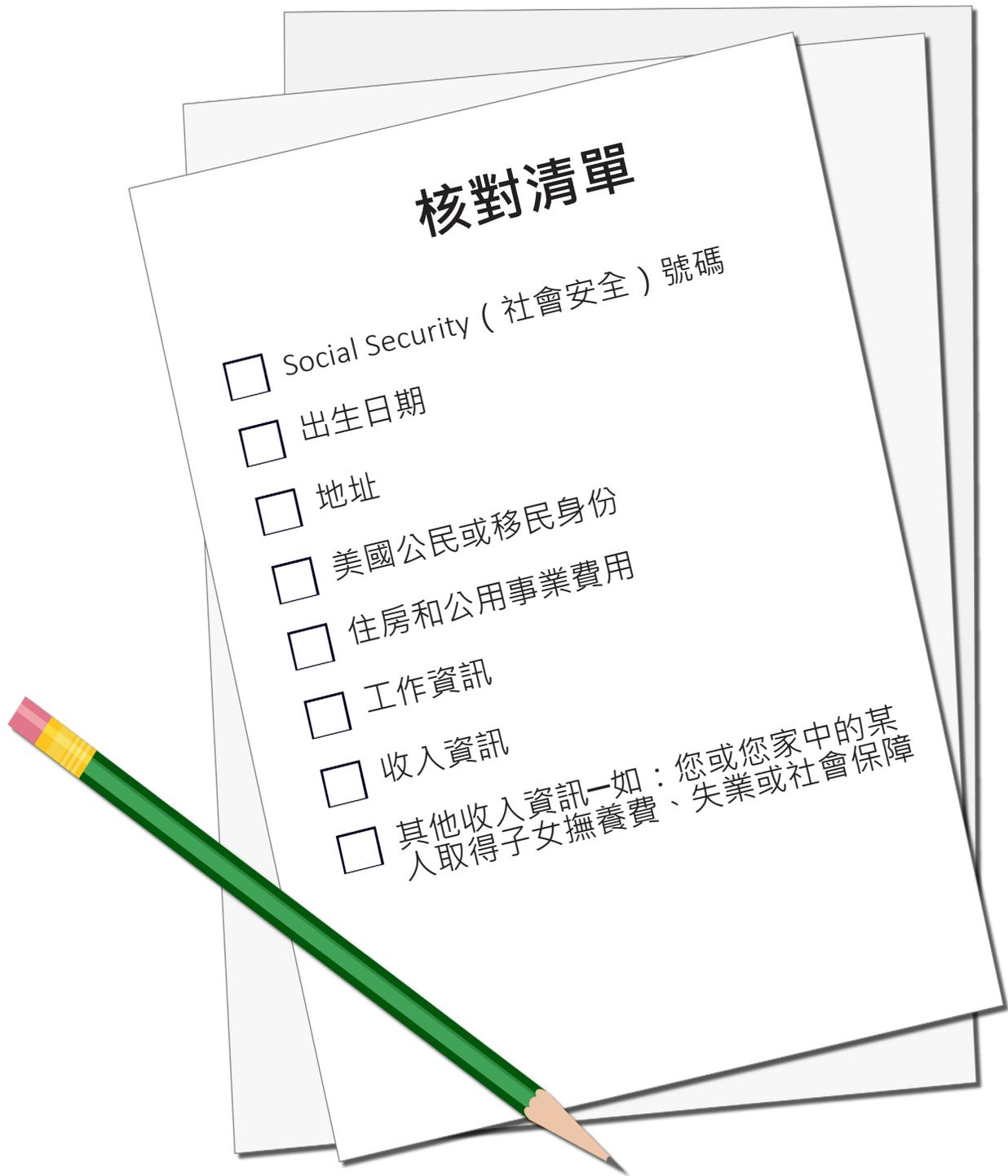


親自提交申請

前往您的服務機構。工作人員將協助您填寫申請紙本或提交線上申請。請翻閱第 15 頁，以了解您服務機構的聯絡資訊。

您需要申請什麼？

在您申請福利或計劃時，您可能會被要求為個別申請人提供部分或全部的以下資訊。申請時提供此資訊將使申請更加容易、迅速。



幫助和提示

請求他人協助

任何人—如：朋友、親戚或鄰居—都可以協助您申請福利。如果您希望由某個人或組織協助您申請和管理您的福利，您或法院需要指派其代表您行事。以下是可以代表您行事的代表。

授權代表

授權代表是您指派來協助您申請和管理相關福利或計劃的個人或組織。

您可以透過填寫「Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (指派、變更或刪除授權代表：人員)」表格 (F-10126A) 來指定一人擔任您的授權代表。請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm，以取得該表格。

您可以透過填寫「Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (指派、變更或刪除授權代表：組織)」表格F-10126B來指定一個組織擔任您的授權代表。請前往 www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm，以取得該表格。

其他代表

保管人、某些法定監護人 (如財產的法定監護人) 以及某些獲授權者 (如財務管理人) 也可以擔任您的代表，並協助您申請和管理相關福利和計劃。其若擔任您的代表，可能會被要求提供相關的身份文件。

有關代表的更多詳情，請造訪：www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm。

申請時需要注意的事項

- 相關計劃有不同的收入限制和參加規則。真正了解您是否符合條件的唯一方法是提出申請。如果您想在提出申請之前查看您是否符合條件，請前往 access.wisconsin.gov 並點選「Am I Eligible? (我是否符合條件?)」系統會詢問您相關問題，以了解您是否符合條件。
- 如果您想查看某項計劃的當前收入限額，請前往 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm。
- 如果您申請 FoodShare，您就必須完成面試。您可以透過電話或親自前往您的服務機構進行訪談。您可以在透過網路提交申請後致電您的服務機構。
- 關於 Medicaid 和 Caretaker Supplement，您需要提供資產資訊。您可能需要提供相關的資產證明。提供您的銀行對帳單，可更加輕鬆、快速地提出申請。



提供證明

申請福利或計劃後，您可能需要提供其他資訊或證明。在您的服務機構審核您的申請後，您將收到一封信並了解您需要提供哪些資訊和證明。

以下是有關證明的範例列表。在某些情況下，您的服務機構也能從其他來源獲取證明，無需由您提供。如果您需要協助來獲取證明，請致電您的服務機構。

殘疾證明

- Disability Determination Bureau 的批准函
- 社會保障局頒發的經援通知書

身份證明

- 有效的美國護照
- 有效的州駕駛執照或州身份證
- 學校照片 ID
- 員工照片 ID
- 軍人眷屬身份證
- 軍事 ID 或入伍記錄
- 美洲原住民部落登記文件
- 未滿18歲的兒童若要申請 BadgerCare Plus 或 Medicaid，應簽署 Statement of Identity (身份聲明) 表格，F-10154 (您可以聯繫您的服務機構獲取此表格。)
- U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS 或美國公民及移民服務局) 附帶照片的身份證件

您可以透過 MyACCESS 手機應用程式、郵件或傳真提供證明。

提供證明的最簡單方法就是使用 MyACCESS 手機應用程式。您可以在 App Store 或 Google Play 上免費下載該應用程式。該應用程式僅提供英語和西班牙語版本。

其他/額外的身份證明 - 僅限 FoodShare

- 出生證明
- 醫院出生記錄
- 收養記錄
- 薪水支票或工資單
- 已填寫完成的 Application for a Social Security Card (社會安全卡片申請)，SS-5
- 教會成員身分確認函
- 選民登記卡
- 家庭記錄 (生日紀錄簿、家譜、報紙出生公告、結婚許可證、撫養或離婚文件)
- 人壽保單
- 其他社會服務計劃 ID
- 工會或互助組織記錄
- 變更名稱的法院命令

其他/額外的身份證明 - FoodShare 和 Health Care

醫療記錄 (疫苗接種證明、醫生或診所記錄、帳單)

美國成人和兒童公民身份證明

- 有效的美國護照
- 美國出生證明的驗證副本
- 公民身份證
- Certificate of Citizenship or Naturalization (公民身份或入籍證書)
- 收養文件
- 顯示美國出生地的軍事記錄、醫院記錄、學校記錄、保險記錄或養老院記錄
- 美洲原住民身份證或聯邦政府認可由部落簽發的其他文件

移民身份證明 (如果 您不是美國公民)

- 永久居民或「綠」卡
- Certificate of Naturalization (入籍證書)
- 美國公民及移民服務局簽發的任何文件、外國人登記 (「A」) 號碼或 USCIS 號碼

部落成員證明和/或美洲原住民或阿拉斯加原住民血統證明

- 部落登記卡
- 部落簽發的書面驗證或文件，以表明部落的隸屬關係
- Bureau of Indian Affairs (印地安事務局) 簽發的 Certificate of Degree of Indian Blood (印地安血統證書)
- 落人口普查文件
- 出生證明、醫療或其他記錄，以顯示該人是部落成員的子女或孫子
- 醫療記錄或其他文件，以表明該人有資格或已從 Indian (印第安) 醫療保健提供者獲得服務

支付或收到兒童撫養和/或贍養費的證明

- 法庭命令
- 來自其他州的付款記錄

資產證明

- 銀行對帳單
- 地契
- 合約
- 契據
- 財務紀錄
- 人壽保單

工作收入證明

- 最近 30 天的工資單
- Employer Verification of Earnings (雇主核實收入) (EVF-E) 表格，F-10146 (您可以聯繫您的服務機構以獲取此表格。您的雇主必須填寫並簽署表格。將填好的表格回傳到表格所示地址。)
- 您的雇主來信 (如果您選擇一封信，它必須與 EVF-E 表格一樣記載相同資訊。)

自僱收入證明

- 稅表副本
- Self-Employment Income Report (自僱收入報告) 表格，F-00107 或自僱收入報告：Farm Business (農場業務) 表格，F-00219 (您可以聯繫您的服務機構以獲取各該表格。只有在您尚未為自營職業提交稅款時才能使用這些表格。)

其他收入證明

備註：其他收入的例子包括：贍養費、子女撫養費、殘疾或病假工資、利息或股息、退伍軍人福利、工人賠償和失業保險。

- 養老金報表
- 有效支票副本
- Unemployment Compensation (失業補償) 經援通知書
- 顯示財務核算、生活費、家庭支持或子女撫養費的離婚文件
- 法院授予的清算文件
- 社會保障經援通知書
- Veterans Affairs (退伍軍人事務) 經援通知書
- 補償經援通知書
- 經濟援助通知書
- 顯示非勞動收入的稅務記錄
- 其他收入來源的紀錄文件
- Kinship Care (親屬照顧)、Foster Care (寄養照顧) 或公助監護人付款或臨時看護人付款的證明 (可以是兒童保護服務機構的口頭或書面確認書)

Wisconsin 的居住證明

- 註明房東現有住址的租約、租賃協議或收據或信件
- 註明現有住址的抵押收據
- 註明現有住址的公用事業和/或電話帳單
- 註明名稱、現有地址和雇主的支票存根
- 補貼住房計劃的批准文件
- 節能補助計劃的批准文件
- Wisconsin 駕駛執照的現況
- 現行有效的 Wisconsin 身份證
- 現行有效的機動車登記

備註：無家可歸的個人和家庭無需驗證其家庭住址，但必須證明其住在 Wisconsin 並計劃繼續住在 Wisconsin。

教育證明

- 上課日程表
- 成績單

醫療費用證明

- 帳單明細表或逐項收據
- 顯示 B 部分承保範圍的 Medicare 醫療保險卡
- 顯示保費、共同保險、共付額或自負額的健康保單
- 標示價格的藥物或藥瓶

稅前扣減項目證明

- 支票存根
- 雇主來函

稅收減免證明

- 各項收據
- 銀行對帳單
- 支票存根
- 往年的稅務表格

無法照顧孩子和參加批准活動的證明

醫生、精神科醫生或心理學家聲明父母無法照顧孩子和參加批准活動的信函

兒童照顧費用證明

- 兒童照顧服務提供者的書面陳述
- 取消支票
- 付費收據或帳單

住房和/或公用事業費用的證明

- 抵押付款記錄
- 租金收據
- 房東聲明
- 租約
- HUD 住房補貼審批
- 物業稅單
- 水電費帳單
- 公用事業公司的報表
- 電話帳單
- 屋主的保險單或帳單
- WHEAP/LIHEAP 或其他能源援助

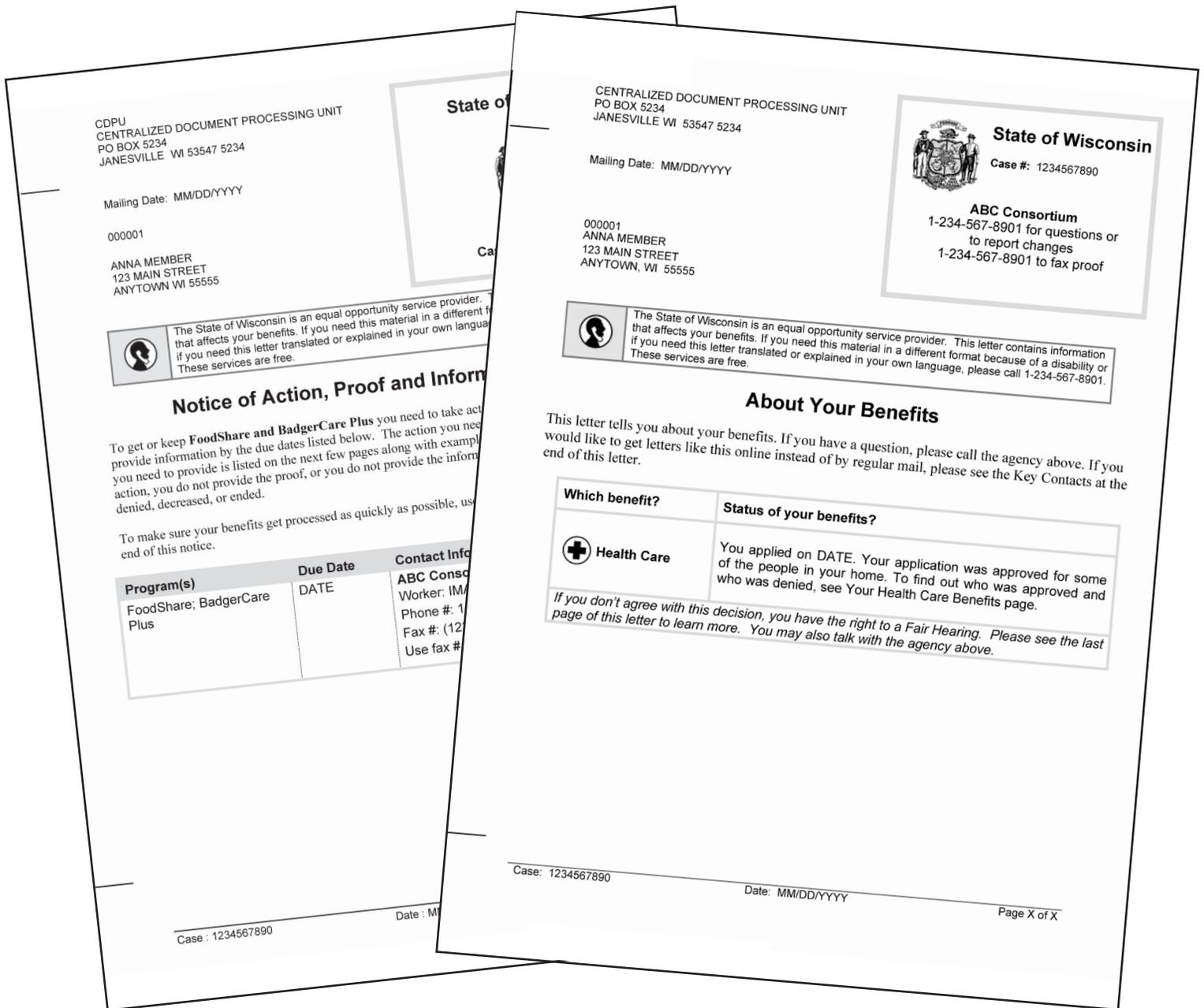


使用 MyACCESS 應用程式拍攝照片並提交您的證明。

您將收到的信件

在您提交申請後，您將收到信件。這些信件將告知您相關福利和計劃的申請狀態，以及您的服務機構是否期待您補齊其他文件。您可能需要提供更多資訊、完成任務或提供相關答覆或證明。**仔細閱讀您所收到的每封信件至關重要。**

您可以選擇透過網路而非普通郵件來獲取您的信件。若要做出相關選擇，請於 access.wisconsin.gov 登入您的 ACCESS 帳戶。如果您沒有 ACCESS 帳戶，您也可以創建一個帳戶，並在線上查看您的信件和有關福利和計劃的資訊。



相關資源及聯絡人

相關福利和計劃

您的郡縣或部落服務機構可以回答有關福利和計劃的問題、協助您提出申請、解釋註冊規則並幫助您完成 FoodShare 訪談。

Wisconsin 的縣級服務機構可區分為 11 個不同群體。這些服務機構群組亦可稱作聯盟。

Wisconsin 還有 9 個部落服務機構。如果您是部落成員，請聯繫您的部落服務機構。如果您的部落沒有部落服務機構，請致電您所在的郡縣服務機構。

下表按字母順序列出了相關聯盟和部落。其中包括每個聯盟或部落的電話號碼以及組成各個聯盟的郡縣。致電主要聯盟號碼，與您的服務機構聯繫。例如，如果您住在格林湖縣，您可以致電 888-256-4563。

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-682-7127
Bay Lake	888-794-5747
<ul style="list-style-type: none"> • Brown • Door • Marinette • Oconto • Shawano 	
Capital	888-794-5556
<ul style="list-style-type: none"> • Adams • Columbia • Dane • Dodge • Juneau • Richland • Sauk • Sheboygan 	
Central	888-445-1621
<ul style="list-style-type: none"> • Langlade • Marathon • Oneida • Portage 	
East Central Income Maintenance Partnership	888-256-4563
<ul style="list-style-type: none"> • Calumet • Green Lake • Kewaunee • Manitowoc • Marquette • Outagamie • Waupaca • Waushara • Winnebago 	
Forest County Potawatomi Community	715-478-4433
Great Rivers	888-283-0012
<ul style="list-style-type: none"> • Barron • Burnett • Chippewa • Douglas • Dunn • Eau Claire • Pierce • Polk • St. Croix • Washburn 	
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin	715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin	715-799-5137

MILES	888-947-6583
Milwaukee	
Moraine Lakes	888-446-1239
<ul style="list-style-type: none"> • Fond du Lac • Ozaukee • Walworth • Washington • Waukesha 	
Northern	888-794-5722
<ul style="list-style-type: none"> • Ashland • Bayfield • Florence • Forest • Iron • Lincoln • Price • Rusk • Sawyer • Taylor • Vilas • Wood 	
Oneida Nation	800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa	715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community	715-478-3265
Southern	888-794-5780
<ul style="list-style-type: none"> • Crawford • Grant • Green • Iowa • Jefferson • Lafayette • Rock 	
Stockbridge-Munsee Community	715-793-4032
Western Region for Economic Assistance	888-627-0430
<ul style="list-style-type: none"> • Buffalo • Clark • Jackson • La Crosse • Monroe • Pepin • Trempealeau • Vernon 	
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)	888-794-5820
<ul style="list-style-type: none"> • Kenosha • Racine 	

醫療保健服務

有關 BadgerCare Plus 和 Medicaid 涵蓋服務的問題，請致電 800-362-3002 聯繫 Member Services (會員服務部)。

SeniorCare

有關 SeniorCare 的問題，請致電 SeniorCare 客戶服務熱線 800-657-2038。

如果您是年齡較大的成年人或患有殘疾，當地的老年人和殘疾人資源中心 (ADRC) 可以提供有關各項計劃和服務的資訊，並幫助您了解各種長期照顧方案。

若要查找有關 ADRC 的相關資訊，請前往 www.FindMyADRC.com。

您獲得公平聽證的權利

若您的福利申請遭到拒絕、縮減或終結，且您認為您的服務機構判斷有誤，請聯繫您的服務機構。如果該機構不同意您的看法，您可以要求該機構的工作人員協助您申請預聽會議和公平聽證。

預聽會議

您可以透過預聽會議與該機構達成協議，而無需等待公平聽證。在會議上，您可以訴說您的故事。

您的機構將解釋其為何做此決定。若該機構發現其犯了錯誤，其將變更決定並採取糾正措施。若該機構認為其初步決定無誤，但您仍然認為該機構有錯，那麼您有權進入公平聽證程序。

備註：同意舉行預聽會議不會影響您獲得公平聽證的權利。您可以要求公平聽證。如果您對預聽會議的結果感到滿意，您可以取消公平聽證。

公平聽證

透過公平聽證，您有機會告訴聽證官您認為有關福利申請的決定錯在何處。在聽證會上，聽證官將聽取您和該機構的意見，以確定該決定是對是錯。您可以攜帶朋友或家人一同參加聽證會。您也可以獲得免費的法律扶助。有關詳情，請參閱第 19 頁的「法律扶助」篇章。

何時運用公平聽證程序

有關要求公平聽證的時間範例包括：

- 您認為您的申請遭拒並不公平或有誤。
- 您的福利遭到暫停、縮減或終結。您認為這是一個錯誤。
- 您不同意您獲得的福利金額。
- 您的申請未在 30 天內獲得執行。

仔細閱讀您獲得的每封信件，以幫助您了解您所需要採取的行動。如果您的福利變更原因與聯邦或各州法規變更有關，聽證和上訴部門無需為您提供公平聽證。

如何要求公平聽證

請您的服務機構協助您申請公平聽證，或直接寫信給：

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

您可以在 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm 或致電 608-266-7709 在線上獲取 Fair Hearing Request (公平聽證申請) 的表格。

如果您選用信函代替表格，其必須包括以下內容：

- 您的姓名
- 您的郵寄地址
- 有關問題的簡短描述

- 採取行動或拒絕服務的機構的名稱
- 您的 Social Security (社會安全) 號碼
- 您的簽名

對於 FoodShare，您的服務機構可以口頭接受您的請求。

對於醫療保健，必須在提出上訴之後於 45 天內提出公平聽證的請求。對於 FoodShare，必須在提出上訴之後於 90 天內提出公平聽證的請求。如果您不同意福利金額，您可以在獲得 FoodShare 福利時隨時申請聽證會。您最新的入選通知書將包含您必須申請聽證會的日期。

您、您所選擇的代表（如果您有的話）和您的服務機構將在聽證開始前至少 10 天收到書面通知。其中包括聽證會的時間、日期和地點。

準備一場公平聽證

您有權將證人、律師或其他顧問帶到公平聽證會上。Department of Health Services 不會為您所聘請的代表律師付費，但他們可以針對有關問題或公平聽證幫您找到免費的法律扶助。

您有權查看檔案卷宗並了解確定您正式入選的相關資訊。

您或您的代表有權：

- 質疑任何在公平聽證會上作證的人。
- 提出你自己的論點和書面材料，說明為何您認為自己是對的。
- 如果您是因為疾病或受傷而導致殘障或無法工作，則需提供相關證據。您的服務機構將支付出具醫療證據的費用。

如果您不會說英語，您有權指派口譯員出席聽證會。若您有所請求，聽證和上訴部門亦可支付翻譯或口譯費用。

延續福利

如果您正獲得福利並且在您的福利變更之前要求舉行聽證會，您可以繼續獲得相同的福利，直到聽證官做出決定為止。

如果聽證官認定您的服務機構沒有過錯，您可能需要返還或償還您在要求舉辦公平聽證會以及聽證關就您的案件做出決定期間所獲得的額外福利。

如果您要求舉辦公平聽證會，您仍需要完成既定的延展計畫。如果您的服務機構在公平聽證會之前告知您的註冊期間已經結束，您必須重新提出申請並遵守各項計劃規則，以便繼續享受您的福利。若在延展期間發現您的情況發生變化，您的福利可能會因為相關變化而發生改變或終結束。

公平聽證的影響效果

如果公平聽證會的決定對您有利，該機構將不對您採取任何行動。如果您的福利已經結束，您將再次獲得福利。您重新開始獲得福利的日期，將列在您取得有關「公平聽證決定」的信件之中。

如果公平聽證會的決定對您不利，那麼該行動將獲得支持，您將不得不償還您不該獲得的各項好處。請向您的服務機構詢問有關退還福利的相關限制。

您的服務機構不會因為您提交公平聽證請求而對您採取其他行動。

重審

如果您不同意公平聽證會的決定，且您符合以下條件，您有權要求重審：

- 在聽證會開始之後才得知或取得可能改變相關決定的新證據。
- 覺得該項決定的事實依據有誤。
- 覺得該項決定的法律依據有誤。

必須在公平聽證會作出書面決定之日起於 20 天內收取有關重審的書面請求。聽證和上訴部門將在收到書面請求後於 30 天內作出決定，並告知您是否可以進入重審階段。如果服務機構未能在 30 天內對您的請求提供書面回覆，您的請求將遭到拒絕。

對聽證會或複審決定提出上訴

如果您不同意公平聽證會或複審決定，您仍可以向您所在郡縣的巡迴法院提出上訴。這必須在您獲得有關公平聽證會的書面決定後或在重審請求遭拒後的 30 天內完成。您必須向您所在郡縣的法院書記員提交請願書來向巡迴法院提出上訴。如果您決定在巡迴法庭上對公平聽證會的決定提出上訴，您最好尋求法律扶助。

法律扶助

您可以從 Wisconsin Judicare, Inc. 或 Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW) 獲得法律扶助。尋找離您最近的辦公室：

- 請致電 Judicare (電話：800-472-1638)，或前往 www.judicare.org。
- 請致電 LAW (電話：888-278-0633)，或前往 www.badgerlaw.net。



資訊的收集和使用及隱私權

非歧視通知：歧視違反法律 - 醫療保健相關計劃

Wisconsin Department of Health Services 遵守適用的聯邦民權法規，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。衛生服務部不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而將人們拒斥在外或給予差異待遇。

衛生服務部：

- 為殘障人士提供免費協助和服務，以便其與我方進行有效溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯人員
 - 其他格式的書面資訊（大字體、音頻、可存取的電子格式、其他格式）
- 可以為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，例如：
 - 合格的口譯人員
 - 以其他語言撰寫而成的資訊

如果您需要各項服務，請致電 844-201-6870 聯繫衛生服務部的民權協調員。

如果您認為衛生服務部未能提供這些服務或因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而以其他方式表達歧視，您可以以下單位投訴：Department of Health Services，Attn：Civil Rights Coordinator，1 West Wilson Street，Room 651，PO Box 7850，Madison，WI 53707-7850，844-201-6870，TTY：711，Fax：608-267-1434，或發送電子郵件至 dhscrc@dhs.wisconsin.gov。您可以親自或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提出申訴方面需要協助，衛生服務部民權協調員可以為您提供協助。

您還可以透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交民權投訴。網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過如下所示的郵件或電話提交民權投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

您可以在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 上找到投訴表格。

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

美國農業部的非歧視聲明

根據聯邦民權法和 U.S. Department of Agriculture (USDA 或美國農業部) 的民權法規和政策，美國農業部、其代理機構、辦事處、員工以及參與或管理美國農業部計劃的機構不得在美國農業部進行或資助的任何計劃或活動中，以種族、膚色、國籍、性別、宗教信仰、殘疾、年齡、政治信仰或報復以往民權活動為由歧視任何人。

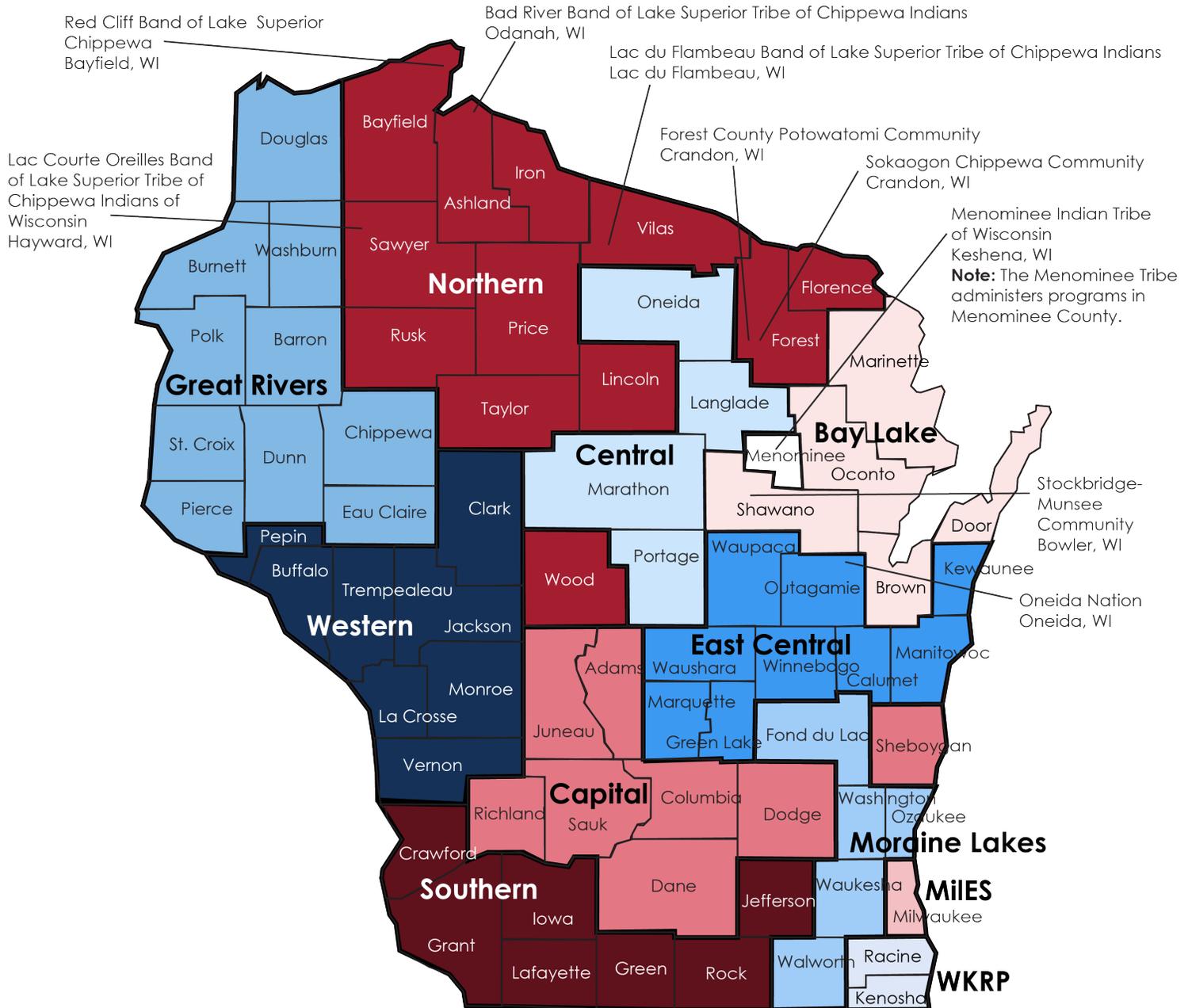
需要使用替代溝通方式來獲取計劃資訊 (例如盲文、大字體、錄音帶、美國手語等) 的殘疾人士，應與申請福利的服務機構 (州或地方) 聯繫。聾啞人士、有聽力障礙或有語言障礙的人士，可透過聯邦中繼服務聯繫 USDA。電話：(800) 877-8339。除此之外，計畫資訊可用英語以外的語言提供。

如欲提交歧視計劃投訴，請填寫 [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (美國農業部計劃歧視投訴表) (AD-3027)，網址為：[How to File a Complaint](#) (如何提交投訴)，以及任何美國農業部辦公室，或寫信給美國農業部，並在信中提供表格要求的全部資訊。如欲索取一份投訴表格，請致電 (866) 632-9992。透過以下方式將您填寫完成的表格或信件提交到 USDA：

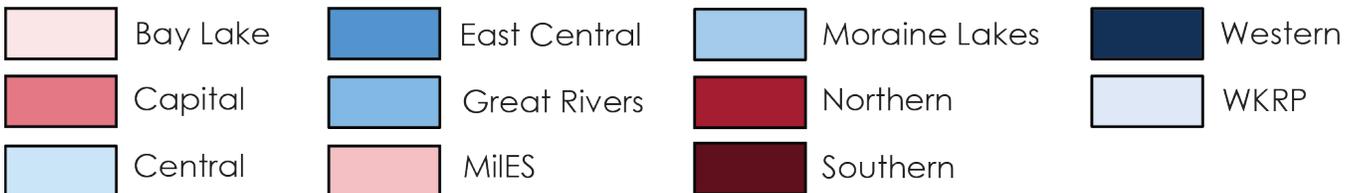
- (1) 郵件：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for
Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 傳真：(202) 690-7442；或
- (3) 電郵：program.intake@usda.gov。

該機構是一個均等機會的提供者。

收入維持聯盟和部落服務機構



Consortia:





WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

P-16091C
03/2019