

**ДОБАВИТЬ ИЛИ УДАЛИТЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПОКУПАТЕЛЯ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ДЛЯ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ FOODSHARE
(ADD OR REMOVE AN AUTHORIZED BUYER OR ALTERNATE PAYEE FOR FOODSHARE BENEFITS)**

Инструкции. Используйте эту форму для того, чтобы добавить или удалить **уполномоченного покупателя** или **альтернативного получателя** для ваших льгот программы FoodShare.

- **Уполномоченный покупатель** является лицом, которое может использовать ваши льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для вашего домохозяйства. Если вы добавите уполномоченного покупателя, то вы и это лицо сможете каждый получить индивидуальную карту QUEST, связанную с вашими льготами.
- **Альтернативный покупатель** является лицом, которое использует льготы программы FoodShare от вашего имени. Если вы добавите альтернативного получателя, то только это лицо получит карту QUEST с его именем на ней. Вы не получите такую карту.

Вы можете удалить уполномоченного покупателя или альтернативного получателя в любое время, обратившись в ваше агентство или заполнив эту форму. Подайте заполненную форму в ваше агентство.

Чтобы найти ваше агентство, посетите веб-сайт dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm или позвоните в отдел обслуживания клиентов (Member Services) по телефону 1-800-362-3002.

Любая позволяющая установить личность информация, введенная ниже, будет использоваться программой FoodShare штата Висконсин в целях прямого управления льготами.

Имя и фамилия основного держателя карты

Номер дела

Отмечая клетку (клетки) ниже, я подтверждаю, что:

- Я желаю _____ добавить уполномоченного покупателя, который может использовать мои льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для моего домохозяйства. Я понимаю, что нам обоим будут выданы карты QUEST и что карта QUEST моего уполномоченного покупателя будет отправлена по почте на мой адрес как лицу, получающему льготы по программе FoodShare.

Примечание. Если предоставленный вами ниже адрес не совпадает с адресом в деле, ваш адрес в нашей системе будет обновлен.

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

- Я желаю _____ удалить уполномоченного покупателя из моей программы FoodShare.

- Я желаю _____ добавить альтернативного получателя, который будет использовать мои льготы программы FoodShare для покупки продуктов питания для моего домохозяйства. Я понимаю, что моему альтернативному получателю будет предоставлена карта QUEST вместо меня. Карта QUEST моего альтернативного получателя должна быть отправлена по почте на адрес:

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

- Я желаю _____ удалить как альтернативного получателя из моей программы FoodShare.

Если вы добавляете уполномоченного покупателя или альтернативного получателя, отметьте клетки ниже, чтобы показать, что вы понимаете что:

- Любая транзакция на моем счете программы FoodShare считается разрешенной, и льготы не будут возмещены для покупок, совершенных любым из следующих лиц:
- Мной
 - Уполномоченным покупателем
 - Альтернативным получателем
 - Любым другим лицом, которому я добровольно дам мою карту QUEST личный идентификационный номер (PIN)
- Если любая из карт QUEST моего счета будет потеряна или украдена, мне, возможно, придется заплатить за ее замену сбор в размере \$2,70. Это сбор будет оплачен из моих льгот программы FoodShare.

Примечание: Ваша подпись ниже должна быть засвидетельствована. Требуются подписи двух свидетелей, если вы подписываетесь с пометкой X.

ПОДПИСЬ – Основной держатель карты или другое уполномоченное лицо	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 1 (требуется)	Дата подписания
ПОДПИСЬ – Свидетель 2*	Дата подписания

*Требуется только в том случае, когда основной держатель карты или другое уполномоченное лицо подписались с помощью пометки X.

Примечание. Вы имеете право на то, чтобы другое лицо представляло вас и действовало от вашего имени для завершения процесса подачи заявления/продления. Это лицо будет действовать в качестве вашего уполномоченного представителя. Если вы желаете уполномочить кого-либо действовать от вашего имени, заполните форму предоставления полномочий представителю для программ Medicaid /BadgerCare Plus/FoodShare (F-10126). Для получения этой формы обратитесь в ваше агентство или посетите веб-сайт www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm.

For Income Maintenance (IM) Agency Caseworker Use Only

- New Authorized Buyer New Alternate Payee Remove Authorized Buyer Remove Alternate Payee

SIGNATURE – IM Agency Caseworker	Date Signed
---	-------------

РАССЫЛКА: Файл дела – оригинал Член – копия

Заявление USDA о недопущении дискриминации Не присылайте сюда заявки.

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.
Не присылайте сюда заявки.