

## 任命、更换或罢免授权代表：组织 (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

填写并提交任命、更换或罢免授权代表：组织表格 F-10126B，用于任命、更换或罢免作为您授权代表的某个组织。若要更换组织的联系人，您或该组织必须联系您的代理机构。您的代理机构联系信息可通过 Department of Health Services（威斯康星州卫生服务部）(DHS) 网站 [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency) 进行访问。

要任命某人作为您的授权代表，请填写并提交 [任命、更换或罢免授权代表：个人表格 F-10126A](#)。

如果您有法定遗产监护人、法定人身及遗产监护人，或保护人，但您希望除他们之外的其他人担任您的授权代表，该人必须为您指定一名授权代表。如果您持有永久有效的财务授权书，您或您的授权书可以指定授权代表。

仅当指定法定人身监护人的法院文件授权该监护人代表您使用公共援助计划参与资格和其中的福利时，该法定人身监护人才能为您指定授权代表。

医疗保健授权书无法代表您指定授权代表。

此表格上提供的个人身份信息仅用于威斯康星州医疗补助、BadgerCare Plus、FoodShare、Family Planning Only Services 和 Caretaker Supplement 的直接管理。

### 授权代表信息

授权代表是一个熟悉您家庭情况的组织，您信任该组织代表您行事。除以下人员外，任何人都可以担任您的授权代表：

- 因故意违反 FoodShare 计划而被取消资格的人在取消资格期间不能担任授权代表，但没有其他人能够担任授权代表的除外。
- 无家可归者膳食提供者不能担任无家可归者食品单位的授权代表。（食品单位是指一个或多个居住在一起并一起购买和制作食物的人。）
- 帮助确定资格或福利的机构雇员不得担任授权代表。在某些情况下，可给予特别书面批准，让他们担任授权代表。
- 被授权接受 FoodShare 福利的零售商不得担任授权代表，但作为授权零售商的戒毒中心除外。

一经任命，您的授权代表可代表您进行下列任何或所有工作：

- 申请或续订福利
- 报告对您的信息的更改
- 就您的福利相关的任何事项与您的代理机构合作
- 就您申请或参加的项目的资格提出申诉和上诉

您也可以选择让您的授权代表获得与您的资格和福利相关的信函的副本。

您**无需**授权代表即可申请或获得福利。若需在戒毒中心期间申请 FoodShare，必须由授权的组织代表替您申请。

您在此表格上指定的授权代表可以代表您执行以下**任何**计划：威斯康辛州 Medicaid、BadgerCare Plus、FoodShare、Family Planning Only Services 和/或 Caretaker Supplement。如果您参加了上述任何一个计划和 Wisconsin Works (W-2)，您的授权代表也可以代表您参加 W-2。

您在此表格上指定的授权代表**不能**代表您参与 Wisconsin Shares Child Care Subsidy（威斯康星州共享儿童保育补贴）计划。如果您正在申请 Wisconsin Shares，您需要自己申请。

### 表格说明

如果此表格上缺少所需信息，包括任何签名，则此表格将被视为不完整，您的授权代表**不能**代表您行事。

**第 1 部分**-您需要填写第 1 部分。您需要选择是否任命、更换或罢免授权代表。您还需要提供您的姓名和出生日期，以便我们确认您的身份。如果您正在任命或更换授权代表，请选择是否希望您的授权代表获得您的信函副本。接下来，阅读理解声明。如果您同意，请在表格上签字并注明日期。

**第 2 部分** — 可以代表组织行事的人需要填写第 2 部分。该人需要提供该组织的名称和联系信息，以及他们自己的联系方式。该人还需要阅读理解声明，如果该组织和联系人同意这些声明，则在表格上签字并注明日期。

**第 3 部分** — 如果您正在任命或更换授权代表，您需要授权代表以外的人监督您在本表上签字。该人被称为见证人。如果您在这份表格上签了 "X"，那么必须有两个见证人监督您签字。见证人需要提供他们的姓名、签字以及他们签署表格的日期。

### 提交表格

用以下一种方法提交填妥的表格：

#### 在线

将表格的所有页面扫描至 ACCESS。您可以通过您的 ACCESS 账户进行操作，您可以在 [access.wi.gov](https://access.wi.gov) 登录该账户。（注：如果您没有 ACCESS 账户，可以访问 [access.wi.gov](https://access.wi.gov) 并创建一个。）

**说明：**您只能在特定时间将表格扫描到 ACCESS。如果您无法将表格扫描至 ACCESS 网站，请使用其他方法提交表格。

#### 通过邮寄提交

- 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将本表邮寄至：  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218

- 如果您不 住在 Milwaukee 县，请将本表邮寄至：  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

#### 传真

- 如果您住在 **Milwaukee 县**，请将表格传真至 888-409-1979。
- 如果您不 住在 Milwaukee 县，请将表格传真至 855-293-1822。

#### 亲自递送

将本表送至您所在县的资格服务机构。您的代理机构联系信息可通过 DHS 网站 [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency) 进行访问。

有关授权代表的更多信息，请访问 DHS 网站 [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm)。

## 第 1 部分

### 由申请人/成员填写



我是：

- 任命授权代表。您必须填写第 1 部分的**全部**内容。
- 更换我的授权代表。您必须填写第 1 部分的**全部**内容。请务必在 **B** 部分中填写您的新授权代表的姓名
- 罢免我的授权代表。您必须填写第 1 部分的 **A 和 D 部分**。B 部分留空。

#### A 部分：个人信息

姓名 — 申请人/成员（姓，名，中间名）

出生日期

个案号码（如有）

**B 部分：授权信息**

本人委任下列机构作为本人的授权代表：

我希望我的授权代表获得与我的资格和福利相关的信函副本。请注意，这些信函将寄给该组织的联系人。

是       否

**C 部分：理解声明**

我理解并同意：

- 我有权选择任何机构作为我的授权代表。
- 我可以随时更换或罢免我的授权代表。我必须以书面形式让我的代理机构知道我想更换或罢免我的授权代表。
- 我不需要告诉某个组织，我正在罢免其作为我的授权代表的职务。
- 此表格所列的授权代表将继续担任我的授权代表，直至我更换或罢免他们为止。
- 戒毒中心的授权代表将在出院时撤走。您可以选择提交此文档结束授权。
- 我的授权代表可以访问我的个人信息，如我的社会保障号码、财务报表和医疗信息，以帮助我管理我的资格。
- 我必须向我的授权代表提供真实准确的信息。
- 我对我的授权代表报告的错误和不正确的信息负责。我理解，如果我的授权代表或我提供虚假信息或隐瞒信息，我可能：
  - 必须退还我不该得到的福利。
  - 被罚款。
  - 被禁止参加某个计划。
  - 因欺诈而被起诉。
- 签署此表格，即表示理解并同意上述声明。

**D 部分：签字和日期**



签字— 申请人/成员

签字日期

第 2 部分

由授权代表填写



A 部分：联系方式

姓名 — 组织

街道地址

市	州	邮政编码	电话号码（包括区号）
---	---	------	------------

姓名 — 组织联系人（姓，名，中间名）

职位名称 — 组织联系人

电子邮箱地址 — 组织联系人（可选）

B 部分：理解声明

我理解并同意：

- 我被授权代表第 2 部分的 A 部分中所列的组织行事。
- 作为授权代表，本组织仅限于代表申请人或成员做以下任何或所有事情：
  - 申请或续期福利
  - 报告变更
  - 与申请人或成员的机构合作处理任何与福利有关的事项
  - 提出与资格有关的申诉和上诉
- 本组织应熟悉申请人或成员的情况。
- 本组织必须向申请人或成员的机构报告对第 2 部分的 A 部分所列联系人的任何更换。
- 申请人或成员可以在任何时候罢免该组织作为他们的授权代表。
- 申请人或成员无须通知该组织已被罢免担任其授权代表的职务。
- 该组织是申请人或成员的授权代表，直到他们要求另一个授权代表或选择不拥有授权代表。
- 该组织和代表该组织行事的任何人都必须提供真实准确的信息。
- 如果组织提供了不准确或虚假的信息，申请人或成员可能需要退还任何错误收到的医疗保健福利。
- 如果该组织故意违反计划规则，则必须退还误用或错误接收的任何 FoodShare 福利。
- 该组织和代表其行事的任何人必须遵守适用的州和联邦法律和法规，包括 42 C.F.R. 第 431 节, F 小节；42 C.F.R. § 447.10；45 C.F.R. § 155.260(f)；以及 7 CFR 273.2(n)(4) 关于利益冲突和信息保密。
- 签署此表格，即表示我代表第 2 部分的 A 部分中所列的组织理解并同意上述声明。
- 本人签署此表格，即表示第 2 部分的 A 部分所列机构将作为第 1 部分所列申请人或成员的授权代表。

**C 部分：签字和日期**



签字 — 组织联系人

签字日期

**第 3 部分**

由见证人填写



姓名 – 见证人（姓，名，中间名）



签字 — 见证人

签字日期

姓名 – 见证人（姓、名、中间名）（如果申请人/会员签字为 X）



签字 — 见证人

签字日期

请勿在此发送申请。

**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。

请勿在此发送申请。

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 Department of Health Services 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

### Department of Health Services:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員。
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員。
  - 以其他語言書寫的資訊。

如果您需要此類服務，請聯絡 Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870)。

如果您認為 Department of Health Services 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以向：提交投訴，郵寄地址為 Department of Health Services, Attn: civil rights coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850，電話號碼為 608-267-4955、TTY（聽障專線）號碼為 711，傳真為 608-267-1434，電子信箱為 [dhsarc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsarc@dhs.wisconsin.gov)。您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助，Department of Health Services civil rights coordinator 可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

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

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> 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).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 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)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> 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।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> 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).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> 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).	<b>Soomaali (Somali)</b> 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).