

**FOODSHARE УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ АДМИНИСТРАТИВНОМ
СЛУШАНИИ О ДИСКВАЛИФИКАЦИИ
(FOODSHARE ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION HEARING NOTICE)**

Имя – Участник		Дата отправки	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР CARES		Номер дела	
Улица и номер дома		Номер телефона	
Город		Штат	Почтовый индекс

Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения) считает, что вы намеренно нарушили правила Wisconsin FoodShare. Подробная информация об этом находится на странице 2. Слушание, которое называется административным слушанием о дисквалификации, было назначено для рассмотрения фактов и определения того, умышленно ли вы нарушили правила программы.

Слушание назначено на:

Дата	Время
Место/По телефону	

Нужно ли мне присутствовать на этом слушании?

Слушания обычно проводятся по телефону. Вам позвонит судебный пристав из Division of Hearings and Appeals (Отдел слушаний и апелляций) в дату и время, указанные выше.

Если номер телефона, указанный для вас, неверен, вы должны связаться с Division of Hearings and Appeals (Отделом слушаний и апелляций), чтобы обновить свой номер телефона. Если Division of Hearings and Appeals (Отдел слушаний и апелляций) не сможет связаться с вами, это приведет к тому, что судебный пристав, проводящий слушание, будет основывать свое решение только на информации, которая у него уже есть.

Что делать, если я не могу принять телефонный звонок для слушания в это время?

Вы можете запросить новую дату слушания. Если до даты слушания осталось менее 10 дней, вы должны представить вескую причину для переноса слушания. Чтобы запросить новую дату слушания, обращайтесь:

Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875
DHAMail@wisconsin.gov
608-266-7709

КАКОВЫ ОБВИНЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ?

Мы считаем, что вы намеренно нарушили правила Wisconsin FoodShare, потому что вы:

- Сделали ложное или вводящее в заблуждение заявление.
- Исказили или скрыли факты.
- Совершил действие, которое является нарушением Food Stamp Act (Закона о продовольственных талонах), правил Food Stamp Program (Программы продовольственных талонов) или любого закона штата Wisconsin с целью использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, владения или торговли льготами FoodShare или картами QUEST.
- Получили дублирующие льготы на основании ваших ложных заявлений или искажений.
- Были осуждены судом за использование или получение FoodShare в сделке, связанной с продажей наркотиков, огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Были осуждены судом за торговлю пособиями FoodShare на сумму более \$500.

Нарушение и доказательства

Краткое описание нарушения:

Краткое описание доказательств:

Вы получали льготы FoodShare, на которые не имели права, в следующие даты: с _____ по _____.

Общая сумма пособий, которые вы получили, но не имели права на получение: \$_____.

Вы имеете право на административное слушание о дисквалификации до того, как штат Wisconsin лишит вас права на получение льгот FoodShare.

КАКОВЫ МОИ ПРАВА НА ЭТО СЛУШАНИЕ?

Вы имеете право:

- Просмотреть доказательства, которые будут использоваться на слушании, как до, так и во время слушания, и получить бесплатную копию соответствующих частей вашего дела по вашему запросу.
- Представить свое дело или попросить кого-нибудь, например, адвоката, друга, родственника или социального работника представить ваше дело за вас. Вам могут быть доступны бесплатные юридические услуги. Для получения дополнительной информации о бесплатных юридических услугах вы можете обращаться:

Legal Action of Wisconsin
www.legalaction.org
 1-855-947-2529

или

Wisconsin Judicare, Inc.
www.judicare.org
 1-800-472-1638

- Попросить отложить слушание на срок до 30 дней, если вам нужно больше времени для подготовки дела.
 - Если ваше слушание состоится в течение 10 дней, вы должны указать Division of Hearing and Appeals (Отделу слушаний и апелляций) вескую причину для его переноса.
- Привести своих свидетелей.
- Свободно аргументировать свое дело.
- Ставить под сомнение любые доказательства или заявления, сделанные против вас.
- Принести на слушание любые доказательства, подтверждающие ваше дело.
- Хранить молчание в отношении обвинений, так как все сказанное или подписанное вами может быть использовано против вас в суде.
- Получить копию опубликованных процедур слушаний Wisconsin Department of Health Services (Департамента здравоохранения) в соответствии с [7CFR § 273.16\(e\)\(2\)\(v\)](#), связавшись с агентством.

Вы или ваш уполномоченный представитель можете запросить встречу для обсуждения доказательств перед слушанием с представителем, назначенным для ведения дела, указанного ниже.

Представитель агентства	Номер телефона
-------------------------	----------------

ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ, ЕСЛИ МЕНЯ ПРИЗНАЮТ ВИНОВНЫМ?

Если судебный пристав решит, что вы намеренно нарушили правило программы, **вы будете немедленно дисквалифицированы из Wisconsin FoodShare на:**

- Один год** потому что это будет вашим первым нарушением.
- Два года** потому что это будет вашим вторым нарушением.
- Два года** потому что это будет ваш первый приговор в федеральном, государственном или местном суде за использование или получение выгоды в сделке, связанной с продажей наркотиков.
- 10 лет** потому что это будет ваша первая или вторая санкция за преднамеренное нарушение программы из-за получения дублирующих льгот на основании вашего мошеннического заявления или представления.
- Постоянно** потому что это была ваша первая санкция за преднамеренное нарушение программы, вытекающая из осуждения федеральным судом, судом штата или местным судом за использование или получение выгоды, связанных с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Постоянно** потому что это был ваш второй приговор в федеральном, государственном или местном суде за использование или получение выгоды в сделке, связанной с продажей наркотиков.
- Постоянно** потому что это был приговор федерального, государственного или местного суда за торговлю выгодами на общую сумму \$500 или более.
- Постоянно** потому что это будет ваше третье нарушение любого из вышеперечисленного.

Слушание **не препятствует** окружному прокурору от судебного преследования вас за преднамеренное нарушение программы в **гражданском или уголовном судебном деле** или от того, что агентство будет взимать переплату. Вы и любые оставшиеся члены семьи, которым исполнилось 18 лет в течение периода переплаты, будете нести ответственность за выплату неправомочных пособий.

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:

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.