

НАЗНАЧЕНИЕ, СМЕНА ИЛИ ОТМЕНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ

(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

Для назначения, смены или отмены организации в качестве Вашего уполномоченного представителя заполните и подайте форму «Назначение, смена или отмена уполномоченного представителя: организация» (Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization form) F-10126B. Чтобы изменить контактное лицо организации, Вы или организация должны связаться с Вашим агентством. Контактные данные Вашего агентства находятся на веб-сайте Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин, DHS) по адресу dhs.wi.gov/im-agency.

Для назначения **физического лица** в качестве уполномоченного представителя заполните и подайте форму [«Назначение, смена или отмена уполномоченного представителя: физическое лицо» \(Appoint, Change or Remove an Authorized Representative: Person form\) F-10126A](#).

Если у Вас есть законный опекун наследственного имущества, опекун физического лица и наследственного имущества или попечитель, это лицо должно назначить для Вас уполномоченного представителя, если Вы хотите, чтобы кто-то, кроме него, был Вашим уполномоченным представителем. Если у Вас есть активированная долгосрочная финансовая доверенность, Вы или Ваше доверенное лицо можете назначить уполномоченного представителя.

Законный опекун лица может назначить Вам уполномоченного представителя только в том случае, если судебные документы о назначении законного опекуна лица предоставляют опекуну полномочия действовать от Вашего имени с учетом Вашего права и льгот в программах государственной помощи.

Доверенность на медицинское обслуживание не дает возможности действовать от Вашего имени по назначению уполномоченного представителя.

Предоставленная в этой форме персональная информация будет использоваться исключительно для непосредственного администрирования программ Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services и Caretaker Supplement.

Информация об уполномоченном представителе

Уполномоченный представитель – это организация, знакомая с обстоятельствами Вашего домохозяйства и которой Вы доверяете действовать от Вашего имени. Любое лицо может действовать в качестве Вашего уполномоченного представителя **за исключением** следующих случаев:

- Лица, дисквалифицированные за преднамеренное нарушение правил программы FoodShare, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя в течение периода дисквалификации, кроме случая, когда никто другой не может действовать в качестве уполномоченного представителя.
- Поставщики еды для бездомных не могут действовать в качестве уполномоченного представителя для группы совместно питающихся бездомных (food unit). (Группа совместно питающихся бездомных (food unit) представляет собой одного или нескольких человек, которые совместно проживают и совместно покупают и готовят пищу.)
- Работники агентства, помогающие определять право на участие или льготы, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя. При определенных обстоятельствах им может быть дано специальное письменное разрешение действовать в качестве уполномоченного представителя.
- Розничные торговцы, уполномоченные принимать оплату по программе FoodShare, не могут действовать в качестве уполномоченного представителя, за исключением центров лечения от наркомании и алкоголизма, которые являются уполномоченными розничными торговцами.

После назначения Ваш уполномоченный представитель может выполнять любое или все из следующих действий от Вашего имени:

- Подавать заявление на получение или продление льгот.
- Сообщать об изменениях вашей информации.
- Работать с Вашим агентством по любым вопросам, связанным с Вашими льготами.
- Подавать жалобы и апелляции по поводу Вашего права на участие в программах, на которые Вы подаете заявление или в которых Вы зарегистрированы.

Вы также можете выбрать, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии писем о Вашем праве на участие и льготах.

Вы **не** обязаны иметь уполномоченного представителя, чтобы подать заявления на льготы или получить льготы. Чтобы подать заявку на участие в программе FoodShare во время пребывания в центре лечения от наркомании и алкоголизма, уполномоченный представитель организации должен подать заявку от Вашего имени.

Уполномоченный представитель, которого вы назначаете в этой форме, может действовать от вашего имени в рамках любой из следующих программ: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services и/или Caretaker Supplement. Если вы участвуете в какой-либо из этих программ **и** программе Wisconsin Works (W-2), ваш уполномоченный представитель также может действовать от вашего имени для W-2.

Уполномоченный представитель, которого Вы назначаете в этой форме, **не может** действовать от Вашего имени в программе Wisconsin Shares Child Care Subsidy (программа штата Висконсин по частичной оплате субсидии для ухода за детьми). Если Вы подаете заявление на участие в программе Wisconsin Shares, Вам нужно подать заявление самостоятельно.

Инструкции к форме

Если в этой форме отсутствует необходимая информация, включая любую из подписей, форма будет считаться неполной, и Ваш уполномоченный представитель **не сможет** действовать от Вашего имени.

Раздел 1 — Вы должны заполнить раздел 1. Вы должны выбрать назначение, смену или отмену уполномоченного представителя. Вам также нужно будет указать Ваше полное имя и дату рождения, чтобы мы могли идентифицировать Вас. Если Вы назначаете или сменяете уполномоченного представителя, выберите, хотите ли Вы, чтобы Ваш уполномоченный представитель получал копии Ваших писем. Затем прочтите заявления о понимании. Если Вы согласны, подпишите и поставьте дату в этой форме.

Раздел 2 — Лицо, которое может действовать от имени организации, должно заполнить раздел 2. Это лицо должно будет предоставить название организации и ее контактную информацию, а также собственные контактные данные. Это лицо также должно будет прочитать заявления о понимании и подписать и датировать форму, если организация и контактное лицо согласны с заявлениями.

Раздел 3 — Если Вы назначаете или сменяете уполномоченного представителя, Вам потребуется, чтобы кто-то, кроме Вашего уполномоченного представителя, наблюдал за тем, как Вы подписываете эту форму. Это лицо называется свидетелем. Если Вы подписываете эту форму знаком «X», то два свидетеля должны наблюдать как Вы подписываете форму. Свидетелю или свидетелям необходимо будет указать свое полное имя, подпись и дату подписания формы.

Отправка формы

Вы можете отправить заполненную форму одним из следующих способов:



По Интернету

Отсканируйте все страницы формы на веб-сайт ACCESS. Вы можете выполнить это действие через вашу учетную запись ACCESS, в которую Вы можете войти на веб-сайте access.wi.gov. (**Примечание.** Если у Вас нет учетной записи ACCESS, Вы можете войти на веб-сайт access.wi.gov и создать ее.

Примечание: Сканирование форм на ACCESS доступно только в определенное время. Если Вы не можете отсканировать форму на ACCESS, воспользуйтесь одним из других способов отправки формы.



Факс

- Если Вы проживаете в **Milwaukee County (округ Милуоки)**, отправьте эту форму по факсу на 888-409-1979.
- Если Вы **не** проживаете в Milwaukee County (округ Милуоки), отправьте эту форму по факсу на 855-293-1822.



По почте

- Если Вы проживаете в **Milwaukee County (округ Милуоки)**, отправьте эту форму по почтовому адресу:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Если Вы **не** проживаете в Milwaukee County (округе Милуоки), отправьте эту форму по почтовому адресу:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547



Лично

Отнесите форму в Ваше агентство. Контактные данные Вашего агентства находятся на веб-сайте Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин, DHS) по адресу dhs.wi.gov/im-agency.

Для получения дополнительной информации об уполномоченных представителях посетите веб-сайт Department of Health Services (Департамент здравоохранения штата Висконсин, DHS) по адресу www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

РАЗДЕЛ 1 Заполняется заявителем/участником



Я осуществляю следующее:

- ☐ Назначаю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **весь** раздел 1.
- ☐ Сменяю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **весь** раздел 1. Убедитесь, что Вы вписали имя Вашего нового уполномоченного представителя в разделе В.
- ☐ Отменяю уполномоченного представителя. Вы должны заполнить **части А и D** раздела 1. Не заполняйте часть В.

Часть А. Личная информация

Полное имя — Заявитель/участник (фамилия, имя, средний инициал)

Дата рождения

Номер дела (если есть)

Часть В. Информация о разрешении

Я назначаю следующую организацию в качестве моего уполномоченного представителя:

Я хочу, чтобы мой уполномоченный представитель получал копии писем о моем праве на участие и льготах. Пожалуйста, учтите, что письма будут отправляться контактному лицу организации.

- ☐ Да ☐ Нет

Часть С. Заявления о понимании

Я понимаю и согласен со следующим:

- Я имею право выбрать любую организацию, которую я хочу иметь моим уполномоченным представителем.
- Я могу сменить или отменить моего уполномоченного представителя в любое время. Я должен сообщить моему агентству в письменной форме, что я хочу сменить или отменить моего уполномоченного представителя.
- Я не должен сообщать организации о том, что отменяю ее в качестве моего уполномоченного представителя.
- Уполномоченный представитель, указанный в этой форме, будет оставаться моим уполномоченным представителем до тех пор, пока я не сменю или не отменю его.
- Уполномоченные представители центра лечения от наркомании и алкоголизма будут удалены из списков после вашей выписки из центра. Отправка этого документа для завершения процесса авторизации является необязательной.
- Мой уполномоченный представитель будет иметь доступ к моей личной информации, такой как мой номер социального обеспечения, финансовые отчеты и медицинская информация, чтобы помочь мне управлять моим правом на участие.
- Я должен предоставлять моему уполномоченному представителю достоверную и точную информацию.
- Я несу ответственность за ошибки и неверную информацию, которую сообщает мой уполномоченный представитель. Я понимаю, что если мой уполномоченный представитель или я сообщу ложную информацию или скрою информацию, то возможно следующее:
 - Возврат льгот, которые я не должен был получать.
 - Уплата штрафа.
 - Исключение из программы.
 - Привлечение к ответственности за мошенничество.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что понимаю и согласен с приведенными выше заявлениями.

Часть D. Подпись и дата	
 ПОДПИСЬ — Заявитель/участник	Дата подписания

РАЗДЕЛ 2

Заполняется уполномоченным представителем



Часть А. Контактная информация

Название — Организация

Улица и номер дома

Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона (включая код зоны)
-------	------	-----------------	-----------------------------------

Полное имя – Контактное лицо организации (фамилия, имя, средний инициал)

Должность — Контактное лицо организации	Адрес эл. почты — Контактное лицо организации (необязательно)
---	---

Часть В. Заявления о понимании

Я понимаю и согласен со следующим:

- Я уполномочен действовать от имени организации, указанной в разделе 2, часть А.
- В качестве уполномоченного представителя организация ограничена выполнением любого или всех перечисленных ниже действий от имени заявителя или участника:
 - Подача заявления на получение или продление льгот.
 - Сообщение об изменениях.
 - Работа с агентством заявителя или участника по любым вопросам, связанным со льготами.
 - Подача жалоб или апелляций, связанных с правом на участие.
- Ожидается, что организация будет знакома с обстоятельствами заявителя или участника.
- Организация должна сообщать агентству заявителя или участника о любых изменениях данных контактного лица, указанного в разделе 2, часть А.
- Заявитель или участник может в любое время отменить статус организации как уполномоченного представителя.
- Заявителю или участнику не нужно уведомлять организацию о том, что она отстранена от выполнения обязанностей их уполномоченного представителя.
- Организация является уполномоченным представителем заявителя или участника до тех пор, пока он не запросит другого уполномоченного представителя или решит не иметь уполномоченного представителя.
- Организация и любое лицо, действующее от ее имени, должны предоставлять правдивую и точную информацию.
- Если организация предоставит неточную или ложную информацию, заявителю или участнику может потребоваться вернуть любые льготы по медицинскому обслуживанию, полученные по ошибке.
- Если организация преднамеренно нарушит правила программы, она должна возместить любые льготы программы FoodShare, которые были использованы не по назначению или получены по ошибке.

- Организация и любое лицо, действующее от ее имени, должны соблюдать применимые законы и нормативные акты штата и федерального законодательства, в том числе 42 C.F.R. раздел 431, подраздел F; 42 C.F.R. § 447.10, 45 C.F.R. § 155.260(f); и 7 CFR 273.2(n)(4), касающиеся конфликтов интересов и конфиденциальности информации.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что я понимаю и соглашаюсь с приведенными выше заявлениями от имени организации, указанной в разделе 2, часть A.
- Подписывая эту форму, я заявляю, что организация, указанная в разделе 2, часть A, будет действовать в качестве уполномоченного представителя заявителя или участника, указанного в разделе 1.

Часть C. Подпись и дата	
→ ПОДПИСЬ — Контактное лицо организации	Дата подписания

РАЗДЕЛ 3

Заполняется свидетелем (свидетелями)

Полное имя — свидетель (фамилия, имя, средний инициал)	
→ ПОДПИСЬ — Свидетель	Дата подписания
Полное имя — свидетель (фамилия, имя, средний инициал) (если заявитель/участник подписался пометкой X)	
→ ПОДПИСЬ — Свидетель	Дата подписания

Не присылайте сюда заявки.

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.

Не присылайте сюда заявки.

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

Wisconsin Department of Health Services соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. Department of Health Services не исключает людей и не относится к ним по-разному из-за расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Department of Health Services:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков.
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы):
 - услуги квалифицированных переводчиков.
 - письменную информацию на других языках.

письменную информацию на других языках Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Если вы считаете, что в Department of Health Services вам не предоставили указанных услуг или иным образом дискриминировали вас по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу: 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, факс: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Department of Health Services civil rights coordinator.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

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)

Бланки жалобы доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, 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).
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).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
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)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	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।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	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).
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).	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).