

**FOODSHARE** تقرير تغير الدخل الخاص بأعضاء  
(الإبلاغ عن تخفيض دخل الأسر)  
**FOODSHARE INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)**

إذا كانت ساعات العمل الشهرية الخاصة بك قد انخفضت إلى أقل من 80 ساعة شهرياً، أو إذا كان إجمالي \* الدخل الشهري لأسرتك أكثر من حد الدخل المُبلغ عنه كما هو موضح أدناه، يجب عليك الإبلاغ عن هذا التغيير للوكالة التابع لها بحلول اليوم العاشر من الشهر المقبل. إذا حدث أي من التغييرات المذكورة، يمكنك:

- الإبلاغ عن التغييرات عبر الإنترنت من خلال هذا الرابط [access.wi.gov](https://access.wi.gov).
- املأ هذا التقرير وقم بإرساله بريدياً أو عبر الفاكس إلى:

إذا كنت تعيش في مقاطعة ميلووكي (Milwaukee County):  
CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
الفاكس: 855-293-1822

إذا كنت تعيش في مقاطعة ميلووكي (Milwaukee County):  
MDPU  
6055 N. 64th St.  
Milwaukee, WI 53218  
الفاكس: 888-409-1979

- اتصل بالوكالة التابع لها أو قم بتوصيل هذا التقرير لهم شخصياً. يمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف وكتلتك من خلال هذا الرابط [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) أو بالاتصال بالرقم 800-362-3002 أو 711 (خدمة الهاتف النصي لضعاف السمع TTY).

على سبيل المثال: إذا كنت قد بدأت عملاً جديداً في الأول من شهر أغسطس وستتلقى أجراً أكثر من الذي تتلقاه حالياً، وهناك ثلاثة أشخاص في أسرتك يحصلون على مخصصات FoodShare. إذا كان إجمالي الدخل الشهري \* لأسرتك في أغسطس أكثر من حد الدخل المُبلغ عنه والبالغ \$2,960، يجب عليك إبلاغ موظف FoodShare الخاص بك عن هذا التغيير بحلول اليوم العاشر من شهر سبتمبر. يمكنك أيضاً العثور على المبلغ المطلوب منك الإبلاغ عنه في آخر خطاب تسجيل خاص بك.

\* يُقصد بإجمالي الدخل الشهري جميع مبالغ الدخل التي يحصل عليها كل فرد من أفراد أسرتك في الشهر قبل احتساب أي خصومات مثل الضرائب والمبالغ المستقطعة.

| حدود الإبلاغ عن الدخل الشهري – 1 أكتوبر 2026 إلى 30 سبتمبر 2027 |                   |            |                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-------------------|
| حجم الأسرة                                                      | حدود الدخل الشهري | حجم الأسرة | حدود الدخل الشهري |
| 1                                                               | \$1,729           | 6          | \$4,806           |
| 2                                                               | \$2,345           | 7          | \$5,421           |
| 3                                                               | \$2,960           | 8          | \$6,037           |
| 4                                                               | \$3,575           | 9          | \$6,653           |
| 5                                                               | \$4,191           | 10         | \$7,269           |

\* تستند مبالغ الدخل هذه على المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير لعام 2026-2027، والتي تتغير في شهر أكتوبر من كل عام. أضيف \$616 إلى حد الدخل لكل فرد إضافي في الأسرة.

يمكنك الاستمرار في الإبلاغ عن أي تغييرات أخرى مثل تغيير عنوان، أو زواج، أو زيادة أو نقصان أفراد الأسرة، أو انخفاضات في دخلك الشهري؛ ومع ذلك، أنت غير مطالب بالقيام بذلك. وإذا كنت ترغب في الإبلاغ عن هذه التغييرات، اتصل بوكالتك.

معلومات التعريف الشخصية سوف تستخدم فقط للإدارة المباشرة لـ FoodShare.

| اسمك | رقم الحالة |
|------|------------|
|------|------------|

**التغير في الدخل والساعات**

**التغير في ساعات الدخل الوظيفي والأجور**

| اسم الشخص المُعين | جهة العمل | معدل الأجر بالساعة | ساعات العمل الأسبوعية | وتيرة تكرار تلقي الأجر | تاريخ أول أجر |
|-------------------|-----------|--------------------|-----------------------|------------------------|---------------|
|                   |           | \$                 |                       |                        |               |

التغيرات الأخرى الطارئة على الدخل (على سبيل المثال، مخصصات Social Security، معاشات التقاعد، مدفوعات W-2، مخصصات وتعويضات الإضرابات، دعم ونفقة الطفل)

|                                         |                            |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| اسم الشخص الذي يتلقى إيرادات غير مكتسبة | تاريخ تغير الدخل           |
| مصدر الدخل                              | المبلغ الشهري الجديد<br>\$ |
| الشهر الذي سيطرأ فيه التغيير            | عدد أفراد الأسرة           |

إجمالي الدخل الشهري الغير مكتسب \$ \_\_\_\_\_  
الإجمالي الشهري للأجور والدخل الوظيفي + \$ \_\_\_\_\_  
إجمالي الدخل الشهري للأسرة = \$ \_\_\_\_\_

هل تتوقع أن تظل التغييرات المدرجة في هذا التقرير كما هي في الشهر التالي؟ ☐ نعم ☐ لا  
إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح أدناه.

#### النفقات

أنا أفهم أن النفقات التي أبلغ عنها مثل المأوى، المرافق، رعاية الطفل، دعم الطفل أو تكاليف الرعاية الطبية قد تؤثر على مستوى مخصصات FoodShare التي تتلقاها أسرتي. وأفهم أن الاخفاق في أو إثبات صحة أي نفقات يعني أنني لا أريد الحصول على خصم لهذه النفقات.

#### تخفيض الدخل

أنا أفهم أنني غير مطالب بالإبلاغ عن انخفاض أو فقدان للدخل؛ إلا أنني، قد أستحق الحصول على مخصصات أكثر من FoodShare إذا ما قمت بالإبلاغ. وأفهم أنني طالما لا أبلغ عن انخفاض في الدخل الشهري لأسرتي أو فقد أي من الدخل الخاص بالأسرة، لن أتلقي الزيادة الناتجة عن ذلك من مخصصات FoodShare.

#### العقوبات التحذيرية لبرنامج FOODSHARE

أي فرد من أفراد أسرتك يعتمد مخالفة أي من القواعد التالية قد يتم إيقاف تلقيه مخصصات من برنامج FoodShare لمدة 12 شهرًا بعد المخالفة الأولى، ولمدة 24 شهرًا بعد المخالفة الثانية أو مخالفة أولى تنطوي على المواد الخاضعة للرقابة، ويستبعد بشكل دائم عند المخالفة الثالثة:

- إعطاء معلومات كاذبة أو إخفاء معلومات للحصول على أو الاستمرار في الحصول على مخصصات FoodShare،
- تداول أو بيع أو تغيير مخصصات FoodShare،
- استخدام مخصصات FoodShare لشراء سلع غير غذائية، مثل الكحول أو التبغ.
- استخدام مخصصات FoodShare أو بطاقات تعريف الهوية أو غيرها من المستندات التي تخص شخص آخر.

تبعًا لقيمة إساءة استخدام المخصصات، قد يتم أيضًا تغريم الفرد بمبلغ يصل إلى \$250,000 وعقوبة سجن تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. ويجوز للمحكمة أيضًا أن توقف تلقي الفرد مخصصات من البرنامج لمدة 18 شهرًا إضافية. كما يمكن أن يتم استبعادك نهائيًا إذا ما تمت إدانتك بتهمة الاتجار بمخصصات FoodShare بمبلغ من \$500 فأكثر. وستكون غير قادر على الانضمام برنامج FoodShare لمدة 10 سنوات إذا وجد أنك قد أدليت ببيان أو إقرار كاذب فيما يتعلق بالهوية والإقامة من أجل الحصول على مخصصات متعددة في نفس الوقت. لا يمكن للمجرمين الفارين من العدالة أو مخالفي المراقبة / إطلاق السراح المشروط الحصول على مخصصات FoodShare. كما قد تخضع للمزيد من الدعاوي القضائية بموجب القوانين الاتحادية الأخرى المعمول بها.

إذا قايسنت (بالشراء أو البيع) مخصصات FoodShare بمادة خاضعة للرقابة/ عقاقير غير قانونية، فلن تحصل على مخصصات FoodShare لمدة عامين عند ارتكابك لتلك المخالفة للمرة الأولى وبشكل دائم عند قيامك بذلك للمرة الثانية. أما إذا تداولت (بالشراء أو البيع) أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فسيتم حرمانك من الحصول على مخصصات FoodShare بشكل دائم.

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| توقيع – المشارك/الممثل المفوض | تاريخ التوقيع |
|-------------------------------|---------------|

رقم الهاتف النهاري (بما في ذلك رمز المنطقة)

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على:

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)

[0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 620-1071 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل - AD 3027 على:

(1) العنوان البريدي:

Food and Nutrition Service, USDA  
Braddock Place, Room 334 1320  
Alexandria, VA 22314; أو

(2) الفاكس:

(833)-256-1665 أو (202)-690-7442; أو

(3) البريد الإلكتروني:

[FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov)

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.