


MITTEILUNG ZUR ABLEHNUNG/KÜRZUNG VON LEISTUNGEN
NOTICE OF DENIAL OF BENEFITS / NEGATIVE CHANGE IN BENEFITS

Name – Antragsteller/Mitglied	Datum der Mitteilung	Fallnummer
-------------------------------	----------------------	------------

	Der US-Bundesstaat Wisconsin ist ein Anbieter, der sich für Chancengleichheit und Gleichbehandlung engagiert. Dieses Schreiben enthält Informationen, die Ihre Leistungen betreffen. Wenn Sie dieses Material aufgrund einer Behinderung in einem anderen Format benötigen oder wenn Sie dieses Schreiben übersetzt oder in Ihrer Muttersprache erläutert haben möchten, wenden Sie sich bezüglich Leistungen im Rahmen der FoodShare-, Gesundheitsversorgungs-, Kinderbetreuungs- oder Caretaker Supplement-Programme bitte telefonisch an . Für das W-2-Programm rufen Sie bitte oder 711 (TTY [Schreibtelefon]) an. Diese Dienste sind kostenlos verfügbar.
---	--

Weitere Einzelheiten finden Sie im Abschnitt „Weitere Anmerkungen/Erläuterung der Maßnahme(n)“.

Unterstützung für Kinderbetreuung

- Ihr Antrag auf Unterstützung für Kinderbetreuung wurde abgelehnt.
- Ihre Unterstützung für Kinderbetreuung wird mit Wirkung vom eingestellt.
- Ihr Antrag auf Unterstützung für Kinderbetreuung wurde storniert, da Sie den Antrag zurückgezogen haben.
- Wir haben aus dem/den folgenden Grund/Gründen keine Entscheidung über Ihren Antrag auf Unterstützung für Kinderbetreuung getroffen:

FoodShare Wisconsin

- Ihr Antrag auf FoodShare-Leistungen wurde abgelehnt.
- Ihr Antrag auf FoodShare-Ersatzleistungen wurde abgelehnt. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt „Weitere Anmerkungen/Erläuterung der Maßnahme(n)“.
- Ihre monatlichen FoodShare-Leistungen werden mit Wirkung vom von USD auf USD gekürzt.
- Ihre FoodShare-Leistungen werden mit Wirkung vom eingestellt.
- erhält mit Wirkung vom keine FoodShare-Leistungen mehr.
- Ihr Antrag auf FoodShare-Leistungen wurde storniert, da Sie den Antrag zurückgezogen haben.
- Wir haben aus dem/den folgenden Grund/Gründen keine Entscheidung über Ihren Antrag auf FoodShare-Leistungen getroffen:

Medicaid / BadgerCare Plus

- Ihr Antrag auf Medicaid und/oder BadgerCare Plus für die Monate wurde aus dem/den folgenden Grund/Gründen abgelehnt:
- Ihre Medicaid-/BadgerCare Plus-Leistungen werden mit Wirkung vom aus dem/den folgenden Grund/Gründen eingestellt:
- Ihr Antrag auf Medicaid/BadgerCare Plus wurde abgelehnt, da Ihr Einkommen den gesetzlichen Höchstbetrag von USD pro Monat übersteigt. Wenn Sie Rechnungen für Gesundheitsleistungen bezahlen müssen, die das sechsfache dieses Betrags (USD) erreichen, sind Sie möglicherweise teilnahmeberechtigt. Weitere Einzelheiten erhalten Sie von Ihrem Ansprechpartner bei der Behörde.

- Ihr Medicaid-/BadgerCare Plus-Beitrag, -Selbstbehalt oder -Kostenanteil wurde mit Wirkung vom _____ aus dem/den folgenden Grund/Gründen auf _____ USD pro Monat erhöht: _____.
- Ihr Antrag auf Medicaid-/BadgerCare Plus-Leistungen wurde storniert, da Sie den Antrag zurückgezogen haben.
- Ihr Undue Hardship Waiver Request (Antrag auf Verzicht aufgrund von unzumutbarer Härte) wurde abgelehnt. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt „Weitere Anmerkungen/Erläuterung der Maßnahme(n)“.
- Wir haben aus dem/den folgenden Grund/Gründen keine Entscheidung über Ihren Antrag auf Medicaid-/BadgerCare Plus-Leistungen getroffen: _____.

Wisconsin Works (W-2)

- Ihr Antrag auf W-2, Job Access Loan (JAL, Kredit für Arbeitssuche) oder Emergency Assistance (EA, Nothilfe) – bitte nur EIN Programm markieren – wurde abgelehnt.
- Ihre W-2-Leistungen werden mit Wirkung vom _____ aus dem/den folgenden Grund/Gründen eingestellt: _____.
- Ihre W-2-Leistungen werden mit Wirkung vom _____ von _____ USD auf _____ USD gekürzt.
- Ihr Antrag auf W-2 wurde storniert, da Sie den Antrag zurückgezogen haben.
- Wir haben aus dem/den folgenden Grund/Gründen keine Entscheidung über Ihren W-2-Antrag getroffen: _____.

Sonstige

- Ihr Antrag / die Überprüfung auf/von _____ (Programm) wurde mit Wirkung vom _____ abgelehnt.
- Ihr Antrag / die Überprüfung auf/von _____ (Programm) wurde mit Wirkung vom _____ abgelehnt.

Weitere Anmerkungen/Erläuterung der Maßnahme(n)

ANWEISUNGEN FÜR SACHBEARBEITER: Bei der Bestimmung der Anspruchsberechtigung sowohl Einkommen als auch Ausgaben einbeziehen. Für Medicaid- und BadgerCare Plus-Fälle die entsprechende Rechtsgrundlage für diese Maßnahme angeben.

Wenn Sie mit der Entscheidung bezüglich Unterstützung für Kinderbetreuung, FoodShare, Medicaid oder BadgerCare Plus nicht einverstanden sind, können Sie eine faire Anhörung beantragen. Informationen über faire Anhörungen finden Sie auf den nachfolgenden Seiten.

Wenn Sie mit einer Entscheidung bezüglich W-2 nicht einverstanden sind, können Sie eine Überprüfung der Tatsachen beantragen. Sie müssen die Überprüfung innerhalb von 45 Tagen nach dem Datum der Mitteilung oder innerhalb von 45 Tagen nach dem Wirksamkeitsdatum der in der Mitteilung bekannt gegebenen Entscheidung beantragen (es gilt das jeweils spätere Datum).

Wenden Sie sich mit Fragen bitte an:
Agency Contact Info

DISTRIBUTION: Member/Applicant – Original; Case File – Copy

IHRE RECHTE UND PFLICHTEN FÜR FOODSHARE, MEDICAID UND BADGERCARE PLUS

Sie haben ein Recht auf schriftliche Mitteilung von dieser Behörde, bevor Maßnahmen eingeleitet werden, durch die Ihre Leistungen zur Gesundheitsversorgung (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) oder FoodShare-Leistungen gekürzt oder eingestellt werden. In den meisten Fällen erhalten Sie mindestens 10 Tage vor dem Inkrafttreten der Maßnahme eine schriftliche Benachrichtigung per Briefpost.

Sie können einen Antrag auf eine faire Anhörung für Ihre Gesundheitsversorgungs- oder FoodShare-Leistungen stellen, wenn Sie mit einer behördlichen Maßnahme nicht einverstanden sind. Sie können den Antrag auf eine faire Anhörung per Briefpost oder persönlich bei der auf der Vorderseite dieses Schreibens aufgeführten Behörde stellen. Für FoodShare kann die zuständige Behörde einen verbal vorgetragenen Antrag zu den Akten nehmen. Sie können den Antrag auf eine faire Anhörung ebenfalls per Briefpost an das Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 oder telefonisch unter 1-608-266-3096 stellen. Gemäß Wis. Admin. Code § HA 3.03 muss Ihr Antrag (1) innerhalb von 45 Tagen nach dem Wirksamkeitsdatum der Maßnahme für Leistungen zur Gesundheitsversorgung und (2) innerhalb von 90 Tagen ab dem von der Behörde festgelegten Wirksamkeitsdatum für FoodShare-Leistungen oder zu einem beliebigen Zeitpunkt während des Bezugs von FoodShare-Leistungen bei der zuständigen Stelle eingehen, wenn Sie mit der Höhe Ihrer Leistungen nicht einverstanden sind.

Wenn Ihr Antrag auf eine faire Anhörung vor dem Wirksamkeitsdatum der Maßnahme bei der Division of Hearings and Appeals eingeht, werden Ihre Gesundheitsversorgungs- und/oder FoodShare-Leistungen in den meisten Fällen nicht eingestellt oder gekürzt. Ihre Leistungen werden weiterhin mindestens so lange gewährt, bis eine Entscheidung über Ihren Einspruch getroffen wurde. Tritt während dieses Zeitraums eine andere Änderung ein, die nicht mit Ihrem Einspruch in Zusammenhang steht, können sich Ihre Gesundheitsversorgungs- oder FoodShare-Leistungen ändern. Wenn eine weitere Änderung eintritt, erhalten Sie eine neue Benachrichtigung per Briefpost. Wenn Sie mit der Entscheidung der fairen Anhörung nicht einverstanden sind, können Sie Einspruch einlegen und eine zweite faire Anhörung beantragen. Wenn Ihre Leistungen durch die Entscheidung im Rahmen der fairen Anhörung eingestellt oder gekürzt werden, müssen Sie unter Umständen Leistungen zurückzahlen, die Sie während der Bearbeitung Ihres Einspruchs erhalten haben. Sie können beantragen, dass die Leistungen nicht weiter gewährt werden.

Bei der Anhörung oder Verhandlung **können Sie sich selbst vertreten oder eine Vertretung** durch einen Anwalt, einen Bekannten oder eine andere Person Ihres Vertrauens wählen. Die Kosten für Ihren Anwalt werden von uns nicht übernommen. Es stehen Ihnen jedoch möglicherweise kostenlose Rechtsdienstleistungen zu, sofern Sie die entsprechenden Anforderungen erfüllen.

Wenn Sie oder Ihr Vertreter ohne guten Grund zu dem Anhörungstermin nicht erscheinen, wird Ihr Einspruch als zurückgezogen erachtet und abgewiesen.

Wenn Sie Leistungen zur Gesundheitsversorgung erhalten, sind Sie zur Mitwirkung mit der Child Support Agency (Behörde für Unterhaltszahlungen für Kinder) verpflichtet, es sei denn, Sie haben einen guten Grund, dies nicht zu tun. Ihr Sachbearbeiter kann Ihnen wichtige Informationen über Ihre Mitwirkung bzgl. Kindesunterhalt erteilen. Auch wenn Sie selbst nicht zur Teilnahme am Programm zur Gesundheitsversorgung berechtigt sind, kann Ihnen Unterstützung gewährt werden, um Kindesunterhaltszahlungen zu erhalten oder zu erhöhen. Weitere Informationen erhalten Sie von der zuständigen Child Support Agency.

Überprüfung per Computer: Wenn Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen, wird das von Ihnen mitgeteilte Einkommen per Computer mit dem von Ihrem Arbeitgeber beim Department of Workforce Development gemeldeten Einkommen verglichen. Die folgenden Behörden werden möglicherweise ebenfalls kontaktiert, um Informationen über Ihr Einkommen und Ihre Vermögenswerte zu erhalten: Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division und Department of Transportation.

Wenn Sie an einem Programm zur Gesundheitsversorgung teilnehmen, werden Sie möglicherweise bei jedem Besuch bei einem BadgerCare Plus- oder Medicaid-Anbieter gebeten, Ihre ForwardHealth-Karte vorzuzeigen. Für manche Leistungen müssen Sie dem Anbieter möglicherweise einen Eigenanteil selbst zahlen. Die Höhe der Eigenbeteiligung hängt von der Art der erbrachten Leistungen und deren Kosten ab. Ihr Anbieter sollte Ihnen mitteilen, wenn eine Eigenbeteiligung erforderlich ist oder wenn eine Leistung nicht von Ihrer Krankenversicherung abgedeckt ist. Bei Fragen zu Ihrer Krankenversicherung wenden Sie sich an Member Services (Kundendienst) unter 1-800-362-3002.

Wenn Sie Unterstützung oder Leistungen erhalten, müssen Sie die folgenden Regeln einhalten:

- **KEINE** Angabe falscher Informationen bzw. **KEIN** Verschweigen von Informationen, um Leistungen zu erhalten oder zu behalten.
- **KEIN** Handel mit und **KEIN** Verkauf von FoodShare-Leistungen (Quest-Karte) oder ForwardHealth-Karten.
- **KEINE** Änderungen an den Karten vornehmen, um Leistungen zu erhalten, deren Anspruchsberechtigungen Sie nicht erfüllen.
- **KEINE** Verwendung der FoodShare-Leistungen, um unzulässige Artikel wie z. B. Alkohol oder Tabakwaren zu kaufen.
- **NICHT** versuchen, die Quest- oder ForwardHealth-Karte einer anderen Person zu verwenden.

FOODSHARE – WARNUNG VOR STRAFEN

Jedes Mitglied Ihres Haushalts, das absichtlich gegen eine der folgenden Regeln verstößt, kann nach dem ersten Verstoß 12 Monate lang und nach dem zweiten Verstoß oder nach einem ersten Verstoß aufgrund von Betäubungsmitteln 24 Monate lang von FoodShare ausgeschlossen werden; der dritte Verstoß führt zum endgültigen Ausschluss.

- Angabe falscher Informationen oder Verschweigen von Informationen, um FoodShare-Leistungen zu erhalten oder zu behalten
- Handel mit FoodShare-Leistungen oder deren Verkauf
- Verwendung von FoodShare-Leistungen für den Kauf von Nichtlebensmitteln, z. B. Alkohol oder Tabakwaren
- Verwendung der FoodShare-Leistungen, ID-Karten oder anderer Dokumente einer anderen Person

Je nach Wert der missbräuchlich verwendeten Leistungen kann zudem eine Geldstrafe bis zu 250.000 US-Dollar, eine Gefängnisstrafe bis zu 20 Jahren oder beides auferlegt werden. Ein Gericht kann Sie auch für weitere 18 Monate von der Teilnahme an FoodShare Wisconsin ausschließen. Ein dauerhafter Ausschluss erfolgt, wenn Sie aufgrund von Handel mit FoodShare-Leistungen im Wert von 500 US-Dollar oder mehr verurteilt werden. Sie verlieren die Teilnahmeberechtigung an FoodShare Wisconsin für 10 Jahre, wenn sich herausstellt, dass Sie falsche Angaben bzgl. Ihrer Identität und Ihres Wohnsitzes gemacht haben, um gleichzeitig mehrere Leistungen zu erhalten. Auf der Flucht befindliche Verbrecher und Personen, die gegen Bewährungsauflagen verstoßen, sind nicht zur Teilnahme an FoodShare Wisconsin berechtigt. Sie unterliegen möglicherweise auch einer weiteren Strafverfolgung gemäß anderer Bundesgesetze.

Falls Sie FoodShare-Leistungen für den Handel (Kauf oder Verkauf) mit Betäubungsmitteln oder Drogen verwenden, werden Sie für den ersten Vorfall für einen Zeitraum von 2 Jahren und für den zweiten Vorfall dauerhaft vom FoodShare-Programm ausgeschlossen. Falls Sie mit Feuerwaffen, Munition oder Sprengstoffen handeln (Kauf oder Verkauf), werden Sie dauerhaft von FoodShare Wisconsin ausgeschlossen.

USDA-Nichtdiskriminierungserklärung

Eine Diskriminierung auf der Grundlage von Rasse oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und in manchen Fällen aufgrund der Religion oder politischer Überzeugungen durch diese Institution ist nicht zulässig.

Das U.S. Department of Agriculture untersagt zudem die Diskriminierung aufgrund von Rasse oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, sexueller Orientierung, religiöser Überzeugung, Behinderung, Alter, politischer Überzeugung oder Repressalien oder Vergeltungsmaßnahmen aufgrund vorhergehender zivilrechtlicher Aktivitäten im Rahmen eines Programms oder einer Aktivität, die von USDA durchgeführt oder finanziert wurde.

Personen mit Behinderungen, die andere Kommunikationsmittel für die Informationen über dieses Programm benötigen (z. B. Brailleschrift, Großdruck, Audio, Amerikanische Gebärdensprache usw.), sollten sich an die (staatliche oder lokale) Behörde wenden, bei der sie die Leistungen beantragt haben. Personen mit Hörbehinderungen (Taubheit, Hörschwäche) oder Sprachbehinderungen können sich über den Federal Relay Service unter 1-800-877-8339 an USDA wenden. Zudem können Informationen über dieses Programm auch in anderen Sprachen zur Verfügung gestellt werden.

Um im Rahmen dieses Programms eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte das Formular [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (AD-3027) aus, das Sie hier online finden: www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer. Dieses Formular erhalten Sie auch bei jeder USDA-Dienststelle oder Sie können sich per Briefpost an USDA wenden und in Ihrem Schreiben sämtliche Informationen aufführen, die in diesem Formular angefordert werden. Eine Kopie des Beschwerde-Formulars können Sie telefonisch unter 1-866-632-9992 anfordern. Reichen Sie das ausgefüllte Formular oder Ihr Schreiben bei USDA ein:

(1) Per Post: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

- (2) Per Fax: 1-202-690-7442 oder
- (3) Per E-Mail: program.intake@usda.gov.

Für alle anderen Informationen über das Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) wenden Sie sich bitte telefonisch an die USDA SNAP Hotline-Nummer unter 1-800-221-5689, die auch Service in spanischer Sprache anbietet, oder wenden Sie sich an die [State Information/Hotline Nummern](#) (durch Klicken auf den entsprechenden Link rufen Sie eine Liste der Hotline-Nummern für jeden einzelnen Bundesstaat auf) online unter: www.fns.usda.gov/contact-us.

Zum Einreichen einer Beschwerde wegen Diskriminierung im Rahmen eines Programms für den Erhalt bundesstaatlicher finanzieller Unterstützung durch das U.S. Department of Health and Human Services (HHS) wenden Sie sich schriftlich per Briefpost an: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 oder telefonisch unter 1-202-619-0403 (Sprache) oder 1-800-537-7697 (TTY [Schreibtelefon]).

Diese Einrichtung ist ein Arbeitgeber und Dienstanbieter, der sich für Chancengleichheit und Gleichbehandlung engagiert.

RE: Federal Regulations	7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435
Wisconsin Statutes	49.22, 49.45, 49.49, 49.95