

**RENUNCIA A LA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA DE DESCALIFICACIÓN  
WAIVER OF ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION HEARING**

La información de identificación personal será utilizada únicamente para la administración directa de los programas de asistencia pública.

Nombre – Miembro		Fecha de envió al miembro	
Número de identificación personal de CARES	Número de caso		
Dirección postal			
Ciudad	Estado	Código postal	

**Creemos que usted cometió una infracción intencional al programa al:**

- Hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente.
- Tergiversar, ocultar o retener datos intencionalmente.
- Cometer cualquier acto que constituya una infracción a la Food Stamp Act, los reglamentos del Food Stamp Program o a cualquier estatuto de Wisconsin con el fin de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar los beneficios de FoodShare o las tarjetas de QUEST.

**Resumen de la infracción y evidencia:**

La alegada infracción(es) es:

---

La siguiente evidencia apoya esta alegación:

---

Usted tiene derecho a una audiencia administrativa de descalificación antes de cualquier acción tomada por el Estado de Wisconsin para descalificarlo y dejar de recibir los beneficios de FoodShare. Si usted desea tener una audiencia en lugar de firmar este formulario, tendría derecho a:

- Ver la evidencia que se utilizará en la audiencia, antes y durante la audiencia, y recibir una copia gratuita de las partes relevantes del expediente de su caso a petición de usted.
- Presentar su propio caso o hacer que alguien, como un abogado, un amigo, un pariente o un trabajador de la comunidad presente su caso por usted. Los servicios legales gratuitos pueden estar disponibles para usted. Para obtener información sobre los servicios en su área, visite el sitio web de Acción Legal de Wisconsin en [www.legalaction.org](http://www.legalaction.org) o llame al 1-888-278-0633, o visite el sitio web de Wisconsin Judicare, Inc. en [www.judicare.org](http://www.judicare.org) o llame al 1-800-472-1638.
- Traer sus propios testigos.
- Discutir su caso libremente.
- Cuestionar cualquier evidencia o declaración hecha contra usted.
- Traer cualquier evidencia a la audiencia que apoye su caso.

- Permanecer en silencio con respecto a los cargos, ya que cualquier cosa que diga o firme podría ser usada en su contra en un tribunal de justicia.
- Obtener una copia de los procedimientos de audiencia pública de la agencia estatal por 7CFR § 273.16(e)(3)(iv) comunicándose con su agencia.

**Si lo desea, usted puede renunciar a esta audiencia. Si usted renuncia a la audiencia, su familia (hogar) tendrá una reducción de beneficios y usted será descalificado de recibir FoodShare por:**

- Un** año porque ésta sería su primera infracción.
- Dos** años porque ésta sería su segunda infracción.
- Dos** años porque ésta fue su primera condena en un tribunal federal, estatal o local por haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de drogas.
- Permanentemente** porque ésta fue su primera infracción intencional al programa resultante de una condena en un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios que implican la venta de armas de fuego, municiones o explosivos.
- Permanentemente** porque ésta fue su segunda condena en una corte federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de drogas.
- Permanentemente** porque ésta fue una condena en un tribunal federal, estatal o local por haber traficado beneficios en un monto total de \$500 o más.
- 10 años** porque ésta sería su primera o segunda sanción por infracción intencional al programa debido a la recepción de beneficios duplicados basado en su declaración o representación fraudulenta.
- Permanentemente** porque ésta sería su tercera infracción por cualquiera de las anteriores.

**Si usted tiene una audiencia o no, eso no impedirá al fiscal del distrito procesarlo por una infracción intencional al programa en una acción judicial civil o penal o de la agencia que recolecta un sobrepago. Usted y los demás miembros del hogar de 18 años de edad o más serán responsables, durante el período del sobrepago, de restituir los beneficios emitidos de forma incorrecta.**

Si usted firma esta renuncia, tiene también que escoger una de las siguientes declaraciones para indicar si usted admite o no los hechos como se presentaron anteriormente. Usted no tiene que admitir a ninguno de los cargos. Usted tiene el derecho a permanecer en silencio en lo que a los cargos concierne, ya que cualquier cosa que diga o firme puede ser usada en un tribunal de justicia.

- Admito los hechos como se presentaron y entiendo que se impondrá una penalidad de descalificación si firmo esta renuncia.
- No admito que los hechos como se presentaron anteriormente estén correctos. Sin embargo, he decidido firmar esta renuncia y entiendo que resultara en una penalidad de descalificación, incluyendo una reducción en beneficios durante el periodo de la descalificación.

El jefe de familia tiene también que firmar este acuerdo si usted no es esa persona.

**Para evitar que se realice una audiencia, tiene que mandar esta renuncia firmada a la agencia local que se indica a continuación a más tardar el:**

\_\_\_\_\_.

Si tiene preguntas, puede llamar: \_\_\_\_\_.

Representante de la agencia		Número de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
<b>FIRMA</b> – Miembro		Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Cabeza de familia (si es diferente a la del miembro)		Fecha de la firma

**Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:**

*No envíe solicitudes por este medio.*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**  
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock  
Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**  
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*No envíe solicitudes por este medio.*