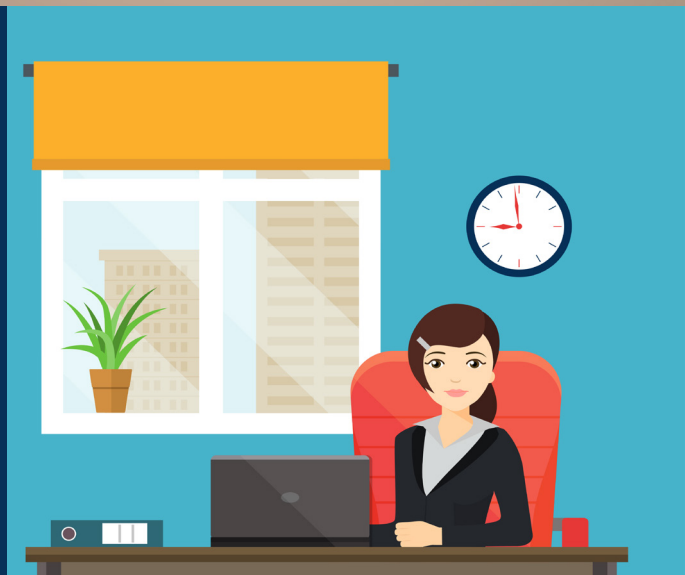




Guide pour Appliquer

aux programmes Wisconsin pour la Santé, la nutrition et autres programmes.



Si vous souffrez d'un handicap et vous avez besoin de ces informations dans un autre format, si vous avez besoin d'une traduction dans une autre langue, ou si vous avez quelques questions que ce soit à propos de vos droits et obligations, contactez votre agence (voir page 15) ou appelez Member Services (services membres) au 800-362-3002. Tous les services de traduction sont gratuits.

Bienvenue

Avez-vous besoin d'aide pour trouver une assurance santé ? Avez-vous des doutes sur votre capacité à payer vos courses ce mois-ci ? Avez-vous besoin d'aide pour payer vos frais de garde pour vos enfants lorsque vous allez à l'école, au travail ou programme de formation professionnelle ? Avez-vous besoin d'aide pour trouver un travail ou développer vos compétences pour passer à l'étape suivante de votre carrière ?

Ce guide vous informe sur la façon d'accéder aux aides et programmes Wisconsin pour la santé, l'alimentation et autres. Toute personne qui effectue une demande est qui est éligible obtiendra les aides ou sera inscrite dans un programme.



Soins de
santé



Alimentation



Garde
d'enfants



Travail



Contenu

Aides et programmes	4
Comment faire une demande	7
Vos démarches	8
Aide et conseils	9
Présenter des preuves	10
Lettres que vous allez recevoir	14
Ressources et contacts	15
Votre droit à un audience équitable	17
Collecte et utilisation des informations et vie privée	20

Aides et programmes

Pour l'accès à la santé, l'alimentation, la garde d'enfants et l'emploi, le Wisconsin propose les aides et programmes suivants. Pour des informations plus détaillées à propos de chaque programme rendez-vous sur :

- www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>.
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>.

Il peut y avoir d'autres ressources disponibles pour les personnes nécessitant de l'aide au-delà des aides et programmes décrits ici. Appelez votre agence ou le 211 pour plus d'informations. Voir page 15 pour les informations de contact de votre agence.

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus fournit une couverture santé aux personnes entre 0 et 64 ans qui ont des revenus limités.

Programme BadgerCare Plus Prenatal Plan

Le programme BadgerCare Plus Prenatal Plan fournit une couverture pour les soins liés à la grossesse pour les femmes enceintes qui ne sont pas éligibles à BadgerCare Plus du fait de leur statut migratoire ou parce qu'elles sont en prison ou en détention.

Badger Care Plus Emergency Services

Les services d'urgence BadgerCare Plus fournissent une couverture limitée dans certains cas pour les personnes qui ne sont pas éligibles à BadgerCare Plus du fait de leur statut migratoire ou de citoyenneté, mais qui ont besoin de soins immédiatement.

Family Planning Only Services

Le programme Family Planning Only Services procure aux hommes et aux femmes des services relatifs au planning familial pour éviter les grossesses non désirées.

FoodShare

FoodShare Wisconsin, aussi connu sous le nom de SNAP (pour Supplemental Nutrition Assistance Program), aide les personnes aux ressources limitées à acheter la nourriture nécessaire pour la santé.

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled procure une couverture santé pour les personnes à partir de 65 ans, les aveugles ou les handicapés et qui ont des ressources limitées. Cela comprend les plans pour la couverture santé suivantes :

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- SSI-related Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Les soins de longue durée, qui comprennent Family Care, Family Care Partnership, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct), Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Institutional Medicaid, et Katie Beckett

Family Care

Family Care procure des services de soins de longue durée aux personnes à partir de 65 ans et aux adultes avec des handicaps physiques et de développement ou des handicaps intellectuels pour qu'ils puissent vivre dans leur propre maison autant que possible.

Family Care Partnership

Family Care Partnership procure des services de soins longue durée, des soins, et des médicaments sur prescription pour les adultes de plus de 65 ans et les adultes avec des handicaps de développement, intellectuels ou physiques pour les aider à être autonomes autant que possible au sein de la communauté.

Programme IRIS (Include, Respect, I Self-Direct)

IRIS permet aux adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont besoin d'aide sur le long terme à gérer leurs propres services de soins sur le long terme.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE procure une couverture des soins sur le long-terme, des soins, et les médicaments sur prescription pour les personnes à partir de 55 ans qui vivent à Milwaukee ou Waukesha County.

Institutional Medicaid (hôpital, soins à domicile, institutions pour les maladies mentales)

Institutional Medicaid procure une couverture pour les soins et les services de soins sur le long terme aux personnes qui ont vécu en institution pendant 30 jours à la suite ou plus ou qui vont être amenés à vivre dans une institution pour 30 jours à la suite ou plus.

Katie Beckett Medicaid

Le programme Katie Beckett fournit une couverture de soins pour les enfants âgés de moins de 19 ans avec des handicaps sur le long terme ou des besoins médicaux complexes qui vivent avec leur famille.

Programmes d'épargne Medicare

Les programmes d'épargne Medicare aident les gens qui sont inscrits à payer pour certains coûts de soins en fonction de leur revenu et leur patrimoine.

Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid paiera les parties A et les parties B des soins de base Medicare, la coassurance Medicare, et les déductibles.

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid paiera les Parties B des soins de base Medicare.

Qualified Individual Group 1 (aussi appelé Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid paiera les Parties B des soins de base Medicare.

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid paiera les parties A des soins de base.



SeniorCare

SeniorCare aide au paiement des prescriptions de médicaments pour les personnes de 65 ans et plus.

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit couvre les services liés exclusivement à la tuberculose pour les personnes atteintes de la tuberculose, mais qui ne sont pas éligibles pour l'aide aux soins.

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement est une aide en cash pour les parents aux revenus faibles qui reçoivent les paiements SSI et qui vivent et prennent soin de leurs enfants.

Programme Wisconsin Shares Child Care Subsidy

Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program aide les familles qui ont des revenus faibles à payer pour la garde de leurs enfants pour que des parents ou autres personnes approuvées ayant la garde puissent travailler, aller à l'école ou participer à des programmes de formation approuvés.

Wisconsin Works (W-2)

W-2 est un programme dont la durée est limitée qui fournit temporairement une assistance financière en cash et des services de gestion des cas pour les parents et les femmes enceinte aux revenus faibles. C'est un programme de travail pour les adultes qui souhaitent s'engager dans des activités de travail.



Comment effectuer une demande

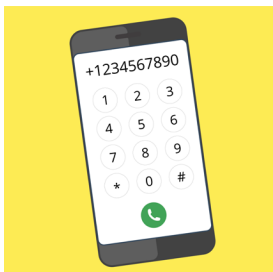
Vous pouvez effectuer une demande pour bénéficier des aides et des programmes en ligne, par téléphone, par courrier ou en personne à notre agence. Si vous écrivez ou lisez dans une langue autre que l'anglais et l'espagnol, vous devrez faire une demande en appelant votre agence ou en soumettant une demande écrite.

Les services d'assistance de traduction, y compris les traductions écrites et les services d'interprètes vocaux, sont gratuits. Appelez votre agence pour obtenir de l'aide. Voir page 15 pour les informations de contact de votre agence.



En ligne : disponible en anglais et espagnol seulement

Aller à access.wisconsin.gov. Choisissez « Apply for Benefits » (faire une demande d'aide). Vous pouvez voir de quels programmes pour la santé, l'alimentation, et autres aides vous pouvez bénéficier en fonction des informations que vous pouvez fournir. Vous pouvez paramétrer un compte ACCESS (accès) pour voir le statut de votre demande en ligne.



Téléphone

Appelez votre agence pour effectuer une demande par téléphone. Voir page 15 pour les informations de contact de votre agence.

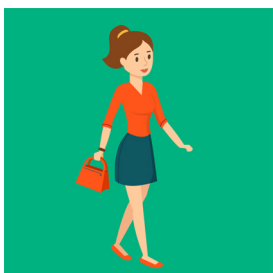


Par courrier ou fax

Imprimez une demande écrite dans votre langue.

- **BadgerCare Plus et Family Planning Only Services:** Aller à www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm.
- **FoodShare:** Go to www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm.
- **Medicaid:** Go to www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm.
- **SeniorCare:** Go to www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm.

Suivez les instructions sur la demande pour l'envoyer. Si vous la faxez, assurez-vous d'envoyer les deux côtés de la demande.



En Personne

Rendez-vous à votre agence et un assistant vous aidera à remplir votre demande écrite ou faire une demande en ligne. Voir page 15 pour les informations de contact de votre agence.

Les demandes à faire

Quand vous faites une demande d'aide ou de programme, il peut vous être demandé de fournir certaines ou toutes les informations suivantes pour chaque personne effectuant la demande. Avoir ces informations à disposition quand vous effectuez une demande rend la demande plus facile et plus rapide.



Aide et conseils

Faites-vous aider par d'autres

Tout le monde, comme un ami, un proche ou un voisin, peut vous aider pour faire une demande d'aides. Si vous voulez qu'une personne ou une organisation vous aide à faire une demande et gère vos aides, vous ou bien une cour devra les désigner pour agir en votre nom. Ci-dessous, se trouvent des représentants qui peuvent agir en votre nom.

Représentants autorisés

Un représentant autorisé est une personne ou une organisation que vous nommez pour vous aider à faire une demande et gérer vos aides ou programmes.

Vous pouvez nommer une personne comme votre représentant désigné en complétant le formulaire Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (nommer, changer, supprimer un représentant autorisé : personne), F-10126A. Aller à www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm pour récupérer un formulaire.

Vous pouvez nommer une organisation en tant que représentant autorisé en complétant le formulaire Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (nommer, changer, supprimer un représentant autorisé : organisation), F-10126B. Aller à www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm pour récupérer un formulaire.

Autres représentants

Conservateurs, certains gardiens légaux comme un gardien légal de l'état, et certains pouvoir d'avocat comme un pouvoir financier peuvent aussi agir comme représentant et vous aider à faire une demande et gérer vos aides et programmes. Il peut leur être demandé de fournir de la documentation concernant leur statut en tant que votre représentant.

Pour plus d'informations sur les représentants aller à : www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Les choses à garder à l'esprit lorsque vous faites une demande

- Les programmes ont différentes limites budgétaires et règles d'acceptation. La seule façon de vraiment savoir si vous êtes éligible est de faire une demande. Si vous voulez voir si vous êtes éligible avant d'effectuer une demande, allez à access.wisconsin.gov et choisissez « Am I Eligible? » (suis-je éligible ?). Il vous sera posé des questions pour savoir si vous pouvez être éligible.
- Si vous voulez voir les limites budgétaires actuelles d'un programme, allez à www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.
- Si vous faites une demande pour FoodShare, vous devez compléter une entrevue. Vous pouvez faire une entrevue par téléphone ou en personne à votre agence. Vous pouvez appeler votre agence après avoir soumis votre demande en ligne.
- Pour Medicaid et Caretaker Supplement, vous devez fournir des informations sur vos biens, et vous pouvez avoir à fournir des preuves de ces biens. Ayez votre relevé de compte bancaire disponible pour faciliter la demande et la rendre plus rapide.



Faire la preuve

Après avoir fait une demande d'aides ou de programmes, vous pouvez avoir à fournir des informations supplémentaires ou preuves.

Vous recevrez une lettre vous informant sur les informations dont il vous faut fournir la preuve une fois que votre agence aura étudié votre demande.

Ci-dessous, se trouve une liste d'exemples de preuves. Dans certains cas, votre agence peut avoir des preuves d'autres sources, et vous n'aurez pas à en fournir. Si vous avez besoin d'aides, pour récupérer des preuves, appelez votre agence.

Preuve de handicap

- Une lettre de validation du Disability Determination Bureau
- Une lettre de validation de l'administration de la Sécurité Sociale

Preuve d'identité

- Passeport Américain valide
- Permis de conduire de l'état ou carte d'identité de l'état, valide
- Photo d'identité de l'école
- Photo d'identité d'employé
- Carte d'identité de dépendant militaire
- Identité militaire ou enregistrement d'enrôlement
- Document d'inscription à une tribu amérindienne
- Pour les enfants de moins de 18 ans faisant la demande pour BadgerCare Plus ou Medicaid, un formulaire Statement of identity (de déclaration d'identité sur l'honneur), F-10154 (vous pouvez contacter votre agence pour ce formulaire.)
- U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) (Citoyenneté américaine et photo d'identité des services d'immigration (USCIS)

Vous pouvez fournir des preuves sur l'application mobile MyACCESS, par courrier, ou fax.

La manière la plus facile de fournir des preuves est l'application mobile MyACCESS. Vous pouvez télécharger l'application sur l'App Store ou Google Play gratuitement. L'application est seulement disponible en anglais et en espagnol.

Autres/Compléments de preuve d'identité — Seulement pour FoodShare

- Certificat de naissance
- Enregistrement de naissance de l'hôpital
- Enregistrement d'adoption
- Bulletin de salaire ou talon de chèque
- Formulaire complet pour une Application for a Social Security Card (demande de carte de sécurité sociale), SS-5
- Papier de confirmation d'appartenance à une église
- Carte électorale
- Livret de famille (livret de naissance, généalogie, annonce de naissance dans la presse, certificat de mariage, papiers de divorce ou de pension)
- Contrat d'assurance-vie
- Autres identifiants à des services sociaux
- Enregistrement à un syndicat de travailleurs ou une organisation fraternelle
- Jugement de tribunal pour un changement de nom

Autres/compléments de preuve d'identité— FoodShare et Health Care

Dossiers médicaux (certificat de vaccination, dossier de médecin ou de clinique, factures)

Preuve de citoyenneté américaine pour les adultes et les enfants

- Passeport Américain valide
- Copie certifiée d'acte de naissance américain
- Carte d'identité de citoyen
- Certificate of Citizenship or Naturalization (Certificat de citoyenneté ou de naturalisation)
- Papiers d'adoption
- Dossier militaire, dossier hospitalier, dossier scolaire, dossier d'assurance, ou dossier de soins à domicile montrant le lieu de naissance américain
- Carte d'identité amérindienne ou autre document fourni par une tribu reconnue par l'état

Preuve de statut d'immigration (si vous n'êtes pas citoyen américain)

- Carte de résident permanent ou «green card»
- Certificate of Naturalization (Certificat de Naturalisation)
- Tout document fourni par l'USCIS, en numéro d'enregistrement ("A") d'étranger, ou un numéro USCIS

Une preuve d'appartenance à un tribu amérindienne et/ou de descendance amérindienne ou d'Alaska

- Carte d'appartenance à une tribu
- Une vérification écrite ou un document issu par la tribu indiquant les affiliations tribales
- Un Certificate of Degree of Indian Blood (certificat de quantité de sang indien) issu par le Bureau of Indian Affairs
- Un document de recensement tribal
- Un certificat de naissance, un dossier médical ou autres qui montre que la personne est l'enfant ou le petit-enfant d'un membre de la tribu

- Un dossier médical ou autres documents montrant que la personne est éligible pour, ou a reçu des services d'un professionnel du système de santé Indian.

Preuves de support à un enfant et/ou une pension alimentaire payée ou reçue

- Ordre du tribunal
- Dossier de paiement d'autres états

Preuve de biens

- Relevé de compte
- Titres
- Contrats
- Actes notariés
- Dossiers financiers
- Contrat d'assurance-vie

Preuve de revenu de travail

- Souches de paiement des 30 derniers jours
- Un formulaire Employer Verification of Earnings (de vérification de paiement de l'employeur) (EVF-E), F-10146 (Vous pouvez contacter votre agence pour ce formulaire. Votre employeur doit compléter et signer le formulaire. Renvoyez le formulaire complété à l'adresse sur le formulaire.)
- Une lettre de votre employeur (Si vous choisissez une lettre, elle doit contenir les mêmes informations, que le formulaire EVF-E.)

Preuve de revenu d'indépendant

- Copies des déclarations d'impôts
- Un formulaire Self-Employment Income Report (de rapport d'activité d'indépendant), F-00107, ou un Self-Employment Income Report: Farm Business (rapport de revenu d'activité indépendante: formulaire de travail agricole), F-00219 (vous pouvez contacter votre agence pour ces formulaires. Ces formulaires ne doivent être utilisés que si vous n'avez pas encore rempli vos déclarations d'impôts pour votre entreprise indépendante.)

Preuves d'autres revenus

Note : Certains autres exemples d'autres types de revenus sont les pensions alimentaires, l'aide aux enfants, pensions handicap ou maladies, intérêts ou dividendes, les aides aux vétérans, les compensations pour les travailleurs, et les l'assurance-chômage.

- Relevé de pension
- Copie d'un chèque récent
- Lettre d'attribution de Unemployment Compensation (compensation chômage)
- Documents de divorce montrant l'accord financier, l'entretien, le support familial, ou le support aux enfants
- Documentation de règlement attribué par le tribunal
- Lettre d'attribution de sécurité sociale
- Lettre d'attribution des Veterans Affairs (affaires des vétérans)
- Lettre d'indemnisation
- Lettre d'attribution d'aide financière
- Registres fiscaux montrant les revenus non gagnés
- Documents de revenu de toute autre source
- Preuve de Kinship Care (paiement de soins familiaux), de Foster Care (placement familial), ou de Subsidized Guardian (garde subventionné) ou de garde intérimaire (peut être confirmé verbalement ou par écrit par l'agence de protection de l'enfance)

Preuve de résidence au Wisconsin

- Accord de leasing ou de location ou reçu ou lettre du propriétaire avec l'adresse actuelle.
- Reçu d'hypothèque avec adresse actuelle
- Facture de services et/ou de téléphone avec l'adresse actuelle
- Talons de chèque avec nom et adresse actuelle, et employeur

- Document d'approbation du programme de logement subventionné
- Document d'approbation au programme d'économie d'énergie (weatherization program.)
- Permis de conduire actuel de l'état du Wisconsin
- Carte d'identité actuelle du Wisconsin
- Immatriculation actuelle du véhicule à moteur

Note: Les personnes sans domicile fixe et les familles n'ont pas à justifier de leur adresse mais doivent certifier qu'ils vivent dans le Wisconsin et comptent continuer à vivre dans le Wisconsin.

Preuve d'éducation

- Emploi du temps de l'école
- Relevé de notes

Preuves de cout médical

- Factures ou reçu par article
- Carte Medicare montrant la couverture Partie B
- Police d'assurance santé montrant les cotisations, les coassurances, les copaiements, ou les déductibles
- Les boîtes de médicaments ou comprimés avec les prix et les étiquettes

Preuve de retenues avant impôts

- Talons de chèque
- Une lettre de l'employeur

Preuves de déduction d'impôts

- Reçus
- Relevé de compte
- Talons de chèque
- Formulaire d'imposition des années précédentes

Preuve d'incapacité de prendre soin des enfants et participer aux activités approuvées

Lettre d'un médecin, psychiatre ou psychologue déclarant que le parent n'est pas capable de prendre soin des enfants et est dans l'incapacité de participer à une activité approuvée

Preuve de coût de la garde des enfants

- Document écrit des travailleurs sociaux
- Chèque annulé
- Reçu de paiement ou facture

Preuve d'hébergement et/ou dépenses de commodité

- Reçu de paiement d'hypothèque
- Reçu de location
- Déclaration du propriétaire
- Leasing
- Approbation de subvention de maison HUD
- Déclaration d'impôt foncier
- Facture de commodité
- Reçu de sociétés de commodités
- Note de téléphone
- Police d'assurance du propriétaire de la maison ou reçu de facture
- WHEAP/LIHEAP ou autre assistance pour l'énergie



Utilisez l'application MyACCESS pour prendre des photos et soumettre vos preuves.

Lettres que vous recevrez

Après avoir fait votre demande, vous recevrez des lettres par courrier. Ces lettres vous informent du statut de vos aides et programmes et si votre agence attend quoi que ce soit de vous. Vous pouvez avoir à fournir plus d'informations, compléter une tâche, pour fournir des preuves de votre réponse. **Il est important que vous lisiez chaque lettre que vous recevez.**

Vous pouvez choisir de recevoir vos lettres en ligne plutôt que par courrier postal. Pour effectuer ce choix, identifiez-vous sur votre compte ACCESS sur access.wisconsin.gov. Si vous n'avez pas accès à un compte ACCESS, vous pouvez en créer un pour voir en ligne vos lettres et informations concernant vos aides et programmes.

CDPU
CENTRALIZED DOCUMENT PROCESSING UNIT
PO BOX 5234
JANESVILLE WI 53547 5234

Mailing Date: MM/DD/YYYY

000001

ANNA MEMBER
123 MAIN STREET
ANYTOWN WI 55555

State of Wisconsin

Case #: 1234567890

ABC Consortium
1-234-567-8901 for questions or
to report changes
1-234-567-8901 to fax proof

The State of Wisconsin is an equal opportunity service provider. This letter contains information that affects your benefits. If you need this material in a different format because of a disability or if you need this letter translated or explained in your own language, please call 1-234-567-8901. These services are free.

Notice of Action, Proof and Information

To get or keep **FoodShare and BadgerCare Plus** you need to take action. The action you need to take is listed on the next few pages along with examples. If you do not provide the information, your benefits will be denied, decreased, or ended.

To make sure your benefits get processed as quickly as possible, use the information below.

Program(s)	Due Date	Contact Info
FoodShare; BadgerCare Plus	DATE	ABC Consortium Worker: IM Phone #: 1-234-567-8901 Fax #: (123) 456-7890 Use fax #

About Your Benefits

This letter tells you about your benefits. If you have a question, please call the agency above. If you would like to get letters like this online instead of by regular mail, please see the Key Contacts at the end of this letter.

Which benefit?	Status of your benefits?
Health Care	You applied on DATE. Your application was approved for some of the people in your home. To find out who was approved and who was denied, see Your Health Care Benefits page.

If you don't agree with this decision, you have the right to a Fair Hearing. Please see the last page of this letter to learn more. You may also talk with the agency above.

Case: 1234567890 Date: MM/DD/YYYY Page X of X

Ressources et Contacts

Aides et programmes

Votre agence de comté ou tribale peut répondre aux questions concernant les aides et programmes, vous aider à faire des demandes, vous expliquer les règles d'inscription, et vous aider à compléter votre entrevue FoodShare.

Les agences de comté au Wisconsin sont divisées en 11 groupes différents. Ces groupes d'agences sont appelés consortiums.

Il y a aussi neuf agences tribales au Wisconsin. Si vous êtes le membre d'une tribu, contactez votre

agence tribale. Si votre tribu n'a pas d'agence tribale, appelez l'agence du comté où vous vivez.

Le tableau par ordre alphabétique suivant de consortiums et tribus comprend chaque numéro de téléphone de consortium et d'agence tribale de même que le comté que les comtés qui constituent chaque consortium. Appelez le numéro du consortium principal pour parler à votre agence. Par exemple, si vous vivez dans le comté de Green Lake, vous appellerez le 888-256-4563.

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-682-7127
Bay Lake	888-794-5747
- Brown - Door - Marinette - Oconto - Shawano	
Capital	888-794-5556
- Adams - Columbia - Dane - Dodge - Juneau - Richland - Sauk - Sheboygan	
Central	888-445-1621
- Langlade - Marathon - Oneida - Portage	
East Central Income Maintenance Partnership	888-256-4563
- Calumet - Green Lake - Kewaunee - Manitowoc - Marquette - Outagamie - Waupaca - Waushara - Winnebago	
Forest County Potawatomi Community	715-478-4433
Great Rivers	888-283-0012
- Barron - Burnett - Chippewa - Douglas - Dunn - Eau Claire - Pierce - Polk - St. Croix - Washburn	
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin	715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin	715-799-5137

MILES				888-947-6583
Milwaukee				
Moraine Lakes				888-446-1239
• Fond du Lac	• Walworth	• Waukesha		
• Ozaukee	• Washington			
Northern				888-794-5722
• Ashland	• Forest	• Price	• Taylor	
• Bayfield	• Iron	• Rusk	• Vilas	
• Florence	• Lincoln	• Sawyer	• Wood	
Oneida Nation				800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa				715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community				715-478-3265
Southern				888-794-5780
• Crawford	• Green	• Jefferson	• Rock	
• Grant	• Iowa	• Lafayette		
Stockbridge-Munsee Community				715-793-4032
Western Region for Economic Assistance				888-627-0430
• Buffalo	• Jackson	• Monroe	• Trempealeau	
• Clark	• La Crosse	• Pepin	• Vernon	
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)				888-794-5820
• Kenosha	• Racine			

Services de soins de santé

Pour les questions concernant les services couverts par BadgerCare Plus et Medicaid, appelez les Member Services (services membres) au 800-362-3002.

SeniorCare

Pour les questions concernant SeniorCare, appelez la hotline SeniorCare Customer Service (service client SeniorCare) au 800-657-2038.

Si vous êtes un adulte âgé ou que vous avez un handicap, votre centre de ressources local pour les personnes âgées et handicapées (ADRC) peut vous fournir des informations sur un large éventail de programmes et services et vous aider à comprendre les différentes options sur le long-terme de soins disponibles pour vous.

Pour trouver des informations sur votre ADRC, allez sur www.FindMyADRC.com.

Votre droit à une audience équitable

À quelque moment que ce soit lorsque vos aides vous sont refusées, réduites, ou terminées et que vous pensez que votre agence a commis une erreur, contactez votre agence. Si l'agence n'est pas d'accord, vous pouvez demander au personnel de l'agence de vous aider à demander une conférence de pré-audience et une audience équitable.

Conférence de pré-audience

Vous pouvez arriver à un accord avec l'agence lors de la conférence de pré-audience sans avoir à attendre qu'une audience équitable ait lieu. Lors de la conférence, vous aurez la possibilité d'expliquer votre version de l'histoire.

Votre agence vous expliquera pourquoi l'action a été prise. Si l'agence considère qu'elle a fait une erreur, elle changera sa décision et prendra les actions correctives. Si l'agence décide que sa décision initiale est correcte et que vous considérez que l'agence se trompe, vous avez le droit de passer par le processus d'audition équitable.

Note : Accepter d'avoir une conférence de pré-audience n'affecte pas vos droits à une audience équitable. Vous pouvez demander une audience équitable, et si vous êtes satisfait avec les actions de la conférence de pré-audience, vous pouvez annuler votre audience équitable.

Audience équitable

Une audience équitable vous donne la possibilité de dire à un conseiller-auditeur pourquoi vous pensez que la décision concernant votre demande ou vos aides est erronée. À l'audience, un conseiller-auditeur va vous écouter, vous et l'agence pour voir si la décision était bonne ou mauvaise. Vous pouvez, vous faire accompagner par un ami ou un membre de votre famille à l'audience. Vous pouvez aussi bénéficier d'une aide légale gratuite. Voir la section légale sur la page 19 pour en savoir plus.

Quand utiliser le processus d'audience équitable

Les exemples pour lesquels demander une audience équitable comprennent :

- Vous pensez que votre demande a été refusée injustement ou par erreur.
- Vos aides ont été suspendues, réduites, ou terminées, et vous pensez qu'il s'agit d'une erreur.
- Vous n'êtes pas d'accord avec les montants des aides que vous percevez.
- Votre demande n'a pas été prise en compte dans les 30 jours.

Lisez soigneusement chaque lettre que vous recevez pour vous aider à comprendre les actions prises. Si les raisons de changement dans vos aides sont une décision fédérale ou un changement de règlement d'état, la Division d'audience et d'appels n'est pas obligée de vous donner une audience équitable.

Comment demander une audience équitable

Demandez à votre agence de vous aider pour remplir votre dossier pour une audience équitable, ou écrivez directement à :

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Vous pouvez obtenir un formulaire de demande d'audience équitable sur www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ou en appelant le 608-266-7709.

Si vous décidez d'écrire une lettre à la place du formulaire, vous devez y inclure les informations suivantes :

- Votre nom
- Votre adresse postale
- Une brève description du problème

- Le nom de l'agence qui a pris l'action ou refusé le service
- Votre numéro de sécurité sociale
- Votre signature

Pour FoodShare, votre agence peut prendre votre requête verbalement.

Pour health care, une demande pour une audience équitable ne peut pas être faite plus tard que 45 jours après la date de l'action concernée par l'appel. Pour FoodShare, une demande doit être faite pas plus tard que 90 jours après la date de l'action concernée par l'appel. Vous pouvez faire une demande d'audience à tout moment où vous bénéficiez de l'aide FoodShare si vous n'êtes pas d'accord avec le montant de l'aide. Votre lettre d'inscription la plus récente comportera la date à laquelle vous devez demander une audience.

Vous, votre représentant désigné (si vous en avez un), et votre agence serez notifiés par écrit au moins 10 jours à l'avance avant l'audience avec la date, et le lieu de l'audience.

Se préparer pour l'audience équitable

Vous avez le droit d'amener un témoin, votre propre avocat, ou tout autre conseiller à l'audience équitable. Le Department of Health Services ne paiera pas pour l'aide légale pour vous représenter, mais ils peuvent vous aider à trouver une aide légale gratuite pour des questions ou une représentation à l'audience équitable.

Vous avez le droit de revoir toute information dans votre dossier qui a été utilisé pour déterminer votre inscription.

Vous ou votre représentant avez le droit de :

- Poser des questions à n'importe quelle

personne qui témoigne à l'audience équitable.

- Présentez vos propres arguments et éléments écrits qui montrent que ce que vous pensez est juste.
- Présentez les preuves médicales si l'audience équitable concerne le fait que vous êtes handicapé ou dans l'incapacité de travailler du fait de la maladie ou de blessures. Votre agence paiera pour le coût des preuves médicales.

Si vous ne savez pas parler l'anglais, vous avez le droit d'avoir un interprète présent à l'audience. La Division of Hearings and Appeals peut payer pour la traduction ou l'interprète si vous le demandez.

Continuation des aides

Si vous bénéficiez d'aides et que vous demandez une audience avant le changement effectif de vos aides, vous pouvez continuer à bénéficier des mêmes aides jusqu'à ce que le conseiller-auditeur prenne une décision.

Si le conseiller-auditeur décide que votre agence avait raison, vous devrez peut-être rendre ou rembourser le supplément d'aide que vous avez reçu entre le temps de votre demande de d'audience équitable et le moment où le conseiller-auditeur prend sa décision au sujet de votre cas.

Si vous avez fait une demande d'audience équitable, vous aurez toujours à compléter tout renouvellement planifié. Si votre agence vous dit avant que votre audience équitable ait lieu que votre période d'inscription est terminée, vous devez refaire une demande et remplir toutes les autres règles du programme pour que vos aides se poursuivent. Si le renouvellement montre qu'il y a eu des modifications dans les circonstances, vos aides peuvent changer ou être terminées à cause de ces changements.

Effets de l'audience équitable

Si la décision d'audience équitable est en votre faveur, aucune action ne sera prise à votre encontre par l'agence. S'il a été mis un terme à vos aides, vous les recevrez à nouveau. Les dates où vous commencerez à bénéficier des aides seront listées dans la lettre que vous recevrez à propos de la décision de l'audience équitable.

Si l'audience équitable décide en votre défaveur, l'action prendra effet, et vous aurez à rembourser toute aide que vous n'auriez pas dû recevoir. Demandez à votre agence à propos de toute limitation sur le remboursement des aides.

Aucune autre action ne sera prise à votre encontre pour avoir rempli une demande d'audience équitable.

Réexamen

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'audience équitable vous avez le droit de demander un réexamen si vous :

- Avez de nouvelles preuves qui n'étaient pas connues ou disponibles avant l'audience qui pouvait changer la décision.
- Vous avez le sentiment qu'il y a eu une erreur dans les faits de la décision.
- Vous sentez qu'il y a eu une erreur qui a été commise sur les bases légales de la décision.

Une demande écrite pour un réexamen doit être reçue dans les 20 jours après la date où la décision de l'audience équitable a été portée par écrit. La Division of Hearings and Appeals décidera ensuite dans les 30 jours où elle recevra la demande écrite si vous bénéficierez d'un réexamen. Si l'agence n'émet pas une réponse écrite à votre demande dans les 30 jours, votre demande a été rejetée.

Faire appel d'une audience ou d'une décision de réexamen

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'audience équitable ou la décision de réexamen, il vous est toujours possible de faire appel de la décision par le biais d'une cour de justice dans votre comté. Cela doit être fait dans les 30 jours après réception de la décision écrite concernant votre audience équitable ou dans les 30 jours du rejet ou de votre demande de réexamen. Un appel par le circuit légal doit être fait en remplissant une pétition avec un clerc de cour de justice dans votre comté. Il est préférable d'avoir une aide légale si vous décidez de faire appel d'une décision d'audience équitable par le moyen d'une cour de justice.

Assistance légale

Vous pouvez bénéficier d'aide pour une assistance légale du Wisconsin Judicare, Inc., ou Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW). Pour trouver le bureau le plus proche de vous :

- Appelez Judicare au 800-472-1638, ou rendez-vous sur www.judicare.org.
- Appelez LAW au 888-278-0633, ou rendez-vous sur www.badgerlaw.net.



Enregistrement et utilisation des informations et vie privée

Non de non-discrimination : la discrimination est interdite par la loi des Programmes relatifs aux soins de santé

Les Wisconsin Department of Health Services se conforment avec les lois civiles fédérales applicables et ne discriminent pas sur les bases de la race, la couleur, ou l'origine nationale, l'âge, le handicap, ou le genre. Le Département des Services de Santé n'exclut personne ou ne le traite différemment du fait de sa race, de sa couleur, de ses origines nationales, de son âge, de son handicap, ou de son genre.

Le Département des Services de Santé :

- Fournit de l'aide et des services gratuits aux personnes handicapées pour communiquer efficacement avec nous tels que :
 - Interprètes du langage des signes qualifiés
 - Les informations écrites dans un autre format (gros caractère, audio, formats électroniques accessibles, autres formats)
- Fournit des services gratuits aux personnes dont la langue principale n'est pas l'anglais, tels que :
 - Traducteurs qualifiés
 - Informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services, contactez le coordinateur des droits civique des Services du Département de la Santé au 844-201-6870.

Si vous pensez que les Département des Services de Santé a échoué à fournir ces services ou discriminé de quelque manière que ce soit sur des critères raciaux, de couleur, de nationalité d'origine, d'âge, de handicap ou de genre, vous pouvez remplir un formulaire de plainte au : 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, Fax: 608-267-1434, ou envoyer un e-mail à dhsarc@dhs.wisconsin.gov. Vous pouvez déposer une plainte en personne ou par courrier, , fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, le coordinateur des droits civiques du Département des Services de la Santé est disponible pour vous aider.

Vous pouvez aussi déposer une plainte de droits civils au U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, par voie électronique par l'Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible à <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par courrier ou téléphone à :

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Des formulaires de plaintes sont disponibles à <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).	Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege 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) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (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).

Déclaration de non-discrimination USDA

Conformément à la législation fédérale en matière de droits civils et aux réglementations et politiques en matière de droits civils du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), cette institution n'est en aucun cas autorisée à faire preuve de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge ou encore les actes de représailles ou de vengeance en lien avec une activité antérieure en matière de droits civils.

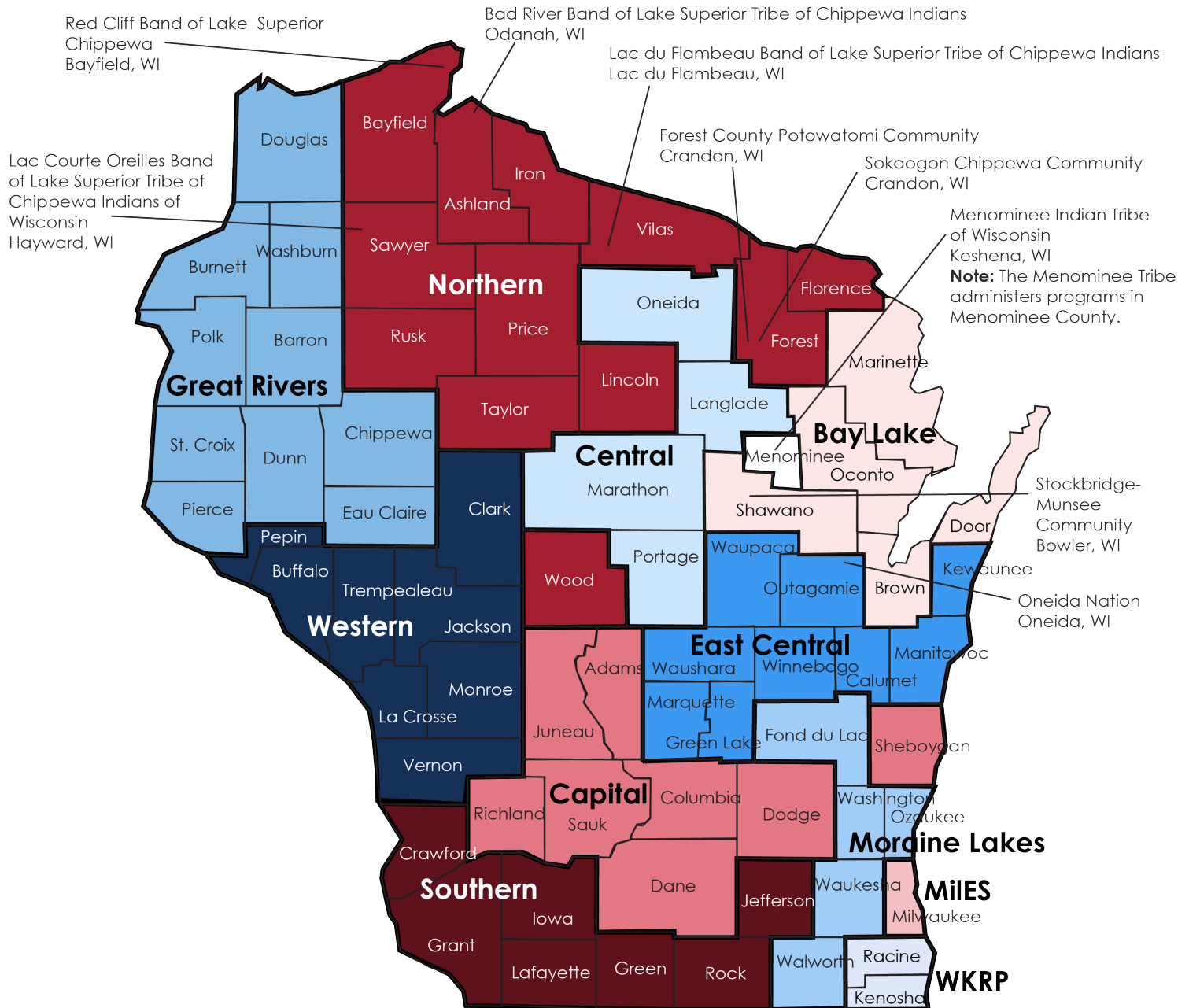
Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des renseignements sur le programme (p. ex. braille, gros caractères, bande sonore, langue des signes américaine) doivent communiquer avec l'agence étatique ou locale responsable de l'administration du programme ou le Centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'entremise du Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination en lien avec le programme, nous vous invitons à remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination en lien avec le programme de l'USDA (Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form), disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-french.pdf>, ou auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou par voie postale en adressant une lettre à l'USDA. Il est important de mentionner dans la lettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire allégué suffisamment détaillée pour informer le Secrétaire adjoint aux Droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une infraction présumée aux droits civils. Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être soumis à l'USDA par :

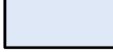
- (1) **voie postale :**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) **fax :**
(202) 690-7442; or
- (3) **e-mail :**
program.intake@usda.gov.

Cette institution est un fournisseur d'opportunité d'égalité.

Répartition des budgets Consortiums et Agences tribales



Consortia:

	Bay Lake		East Central		Moraine Lakes		Western
	Capital		Great Rivers		Northern		WKRP
	Central		MILES		Southern		



WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

P-16091F
(03/2023)