

FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

INSTRUCTIONS: If you have a disability and need this application in an alternate format or need it translated to another language, please contact your agency. To get the phone number of your agency, go to www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm or call Member Services at 800-362-3002. Translation services are free of charge.

You have the right to submit your application at any time. To set your filing date (the date your benefits can start) you must provide at least your name, address, and signature. You can then complete a full application online at access.wi.gov, by mail, by fax, by phone, or in person.

You will need to have an interview with your agency over the phone or in person in order to finish the rest of your application. Your application will be processed as soon as possible but no later than 30 days from the date your application is received by your agency.

You may have an authorized representative complete this form for you. To appoint an authorized representative, either fill out the Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person form, F10126A, or the Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization form, F10126B. This will allow your authorized representative to complete and sign the application for you. To get this form, call 800-362-3002, or go to www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

If you had FoodShare benefits that stopped within the last 30 days, you may be able to reopen your FoodShare benefits without completing this registration form. Contact your agency to find out if you can reopen your FoodShare benefits without completing this form or an application.

Name – Applicant (Last, First, Middle Initial)		Social Security Number	
Date of Birth (mm/dd/yy)	Phone Number	Are You Currently Homeless? ☐ Yes ☐ No	
Street Address			
City		State	Zip Code
SIGNATURE – Applicant or Authorized Representative		Date Signed (mm/dd/yy)	

Priority FoodShare Services

If you need help right away, you may be able to get FoodShare benefits within seven days of providing your application and/or registration form if any of the following are true:

- Your household has \$100 or less available in cash or in the bank and will have less than \$150 of income this month.
- Your household has rent, mortgage, or utility costs that are more than your total gross monthly income (available cash or in bank accounts) for this month.
- Your household includes a migrant or seasonal farm worker whose income has stopped.

Answer the following questions to be considered for faster service.

What is the total gross income (before taxes or other deductions) expected by your household this month?	\$ _____
What are your household's total available assets (for example, cash, money in checking or savings accounts, or a lump sum of money)?	\$ _____
What is the amount your household pays in total for housing (for example rent or mortgage) this month?	\$ _____
Did your household get Wisconsin FoodShare benefits this month?	☐ Yes ☐ No
Did your household get Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, food stamps, electronic benefits transfer) benefits in another state this month?	☐ Yes ☐ No
Are you currently living in a shelter for victims of domestic violence?	☐ Yes ☐ No

Is anyone in your household a migrant or seasonal farm worker whose income has recently stopped and who does not expect to receive more than \$25 in income in the next 10 days? ☐ Yes ☐ No

If your household has to pay utilities, answer the following questions.

If you pay rent, is heat included in your rent? ☐ Yes ☐ No

Check the utilities your household is required to pay, and check "Yes" or "No" if the utility is used to heat your home.

	Used for heat?		Used for heat?
☐ Gas (natural)	☐ Yes ☐ No	☐ Fuel oil/kerosene	☐ Yes ☐ No
☐ Electric	☐ Yes ☐ No	☐ Coal	☐ Yes ☐ No
☐ Liquid propane gas	☐ Yes ☐ No	☐ Wood	☐ Yes ☐ No

Check the utilities your household is required to pay.

☐ Phone ☐ Water ☐ Sewer ☐ Trash removal ☐ Installation ☐ Air conditioning surcharge ☐ Other: _____

You may have to provide proof of some of your answers. See the "Proof Needed" section for a list of proof you may need to give us.

Mail or fax applications and/or proof to:

If you live in Milwaukee County:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

Or fax: 888-409-1979

If you **do not** live in Milwaukee County:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Or fax: 855-293-1822

You can also scan and upload any proof online at access.wi.gov.

If you want to apply for BadgerCare Plus or Medicaid, you can apply for these health care programs online at access.wi.gov at the same time you are applying for FoodShare benefits. Or you can complete a paper application for health care. Applications can be found online at www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm or by contacting your agency.

**KEV TSO NPE RAU FOODSHARE WISCONSIN
(FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION)**

COV LUS QHIA: Yog koj muaj ib qho tsis taus thiab xav tau lwm yam kev pab yooj yim kom thov tau kev pab los sis xav kom muab cov ntau ntawv no txhais ua lwm hom ntawv, thov hu rau koj lub koom haum. Xav tau koj lub koom haum tus xov tooj, mus rau hauv www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm los yog hu rau Member Services (Chaw Pab Tswv Cuab) ntawm 800-362-3002. Cov kev pab txhais ntawv los yog txhais lus no yog pab dawb xwb.

Koj muaj cai xa koj daim ntawv thov kev pab mus tau txhua lub sijhawm. Xav teem hnub rau koj zwm tsab ntawv thov kev pab (hnub pib tau koj cov txiaj ntsim nyiaj pab) koj yuav tsum qhia tsawg kawg yog koj lub npe, qhov chaw nyob, thiab kos npe. Koj ua tau tsab ntawv thov kev pab txhij txhua saum huab cua ntawm access.wi.gov, los sis xa hauv chaw xa ntawv, xa hauv tshuab xa ntawv, thov hauv xov tooj, los sis tim ntsej tim muag thov.

Koj yuav tsum tau xam phaj hauv xov tooj los sis xam phaj tim ntsej tim muag nrog koj lub chaw ua hauj lwm thiaj li lis tiav koj tsab ntawv thov kev pab. Yuav xyuas koj daim ntawv thov kev pab sai li sai tau, tab sis yuav tsis pub kom dhau 30 hnub txij hnub koj lub chaw ua hauj lwm txais tau koj daim ntawv thov kev pab.

Koj muaj tau ib tug neeg tso cai sawv cev los ua tsab ntawv no rau koj. Kom xaiv tau ib tug neeg muaj cai sawv cev rau koj, teb rau tsab ntawv Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative (Xaiv, Hloov los yog Tshem Tawm Neeg Muaj Cai Sawv Cev): Tsab ntawv rau Tib Neeg, F10126A, los sis the Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative (Xaiv, Hloov los yog Tshem Tawm Neeg Muaj Cai Sawv Cev): Tsab ntawv rau Koom Haum, F10126B. Qhov no yuav ua rau koj tus neeg sawv cev raug raws txoj cai sau daim ntawv thov kev pab thiab kos npe tam rau koj. Xav tau tsab ntawv no, hu rau 800-362-3002, los sis mus rau ntawm www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Yog tias koj cov txiaj ntsim nyiaj muas noj FoodShare raug txiaj tu hauv 30 hnub dhau los, koj yuav rov qhib tau koj cov txiaj ntsim nyiaj muas noj FoodShare dua uas tsis tag ua tsab ntawv zwm me no. Hu cuag koj lub koom haum kom nug seb koj puas rov qhib tau koj cov txiaj ntsim nyiaj muas noj FoodShare yog tsis teb rau tsab ntawv no los sis tsis ua ib tsab ntawv thov kev pab.

Lub Npe – Tus Neeg Thov Kev Pab (Lub Xeem, Lub Npe Npe Nruab Nrab Tus Niam Ntawv Ntawm Lub Npe)		Zauv Social Security
Hnub Yug (hli/hnub/xyoo)	Xov Tooj	Puas yog tam sim no koj tsis muaj tsev nyob? ☐ Yog ☐ Tsis Yog

Txoj Kev Ntawm Qhov Chaw Nyob

Nroog	Xeev	Zip Code
KOS NPE – Tus Neeg Thov Kev Pab los sis Tus Neeg Sawv Cev Raug Cai		Hnub Kos Npe (hli/hnub/xyoo)

FoodShare Cov Kev Pab Ua Ntej

Yog koj xav tau kev pab tam sis, koj muaj peev xwm yuav tau cov txiaj ntsim nyiaj pab FoodShare ua ntej xya hnub suav txij hnub txij hnub xa koj daim ntawv thov kev pab thiab/los sis daim ntawv rau npe yog ib yam twg nram no muaj tseeb:

- Koj yim neeg muaj nyiaj ntsuab los sis nyiaj hauv tuam txhab cia nyiaj \$100 los sis twawg dua thiab tau nyiaj tsawg dua \$150 rau hauv lub hlis no.
- Koj yim neeg muaj nqi khiab tsev nyob, nqi them yuav tsev, los sis nqi hluav taws xob uas raug tus nqi ntau dua tag nrho koj cov nyiaj tau hauv lub hlis (tej nyiaj ntsuab los sis nyiaj hauv tuam txhab cia nyiaj) rau lub hlis no.
- Koj yim neeg muaj ib tug neeg twiv raws hauj lwm goob loo los sis raws caij nyoog uas nyiaj tu lawm.

Teb cov nqe lus nug nram no thiaj li yuav tau kev pab sai dua.

Koj lub tsev neeg tau nyiaj tag nrho li cas (ua ntej lov tawm cov nqi se los sis lwm cov nqi lov tawm) hauv lub hlis no?	\$ _____
Tag nrho koj yim neeg cov khoom cuab yeej muaj nqis (piv txwv, nyiaj ntsuab, cov as khauj cia nyiaj los sis txuag nyiaj hauv tuam txhab cia nyiaj, los sis ib teg nyiaj)?	\$ _____
Tag nrho cov nqi vaj nqi tsev uas koj tsev neeg them rau lub hlis no yog li cas (piv txwv li nqi	\$ _____

khiab tsev nyob los sis nqi nyiaj txais muas tsev)?	
Koj yim neeg puas tau txais cov txiaj ntsim nyiaj muas noj Wisconsin FoodShare rau lub hlis no?	☐ Tau ☐ Tsis Tau
Koj lub tsev neeg puas tau cov nyiaj pab Supplemental Nutrition Assistance Program (Txoj Kev Pab Txhawb Rau Kev Noj Haus) (SNAP, cov nyiaj muas noj, cov nyiaj xa hauv tshuab hluav taws xob) hauv lwm lub xeev rau lub hlis no?	☐ Yog ☐ Tsis Yog
Tam sim no koj puas nyob hauv ib lub chaw nkaum neeg raug tsim txom los ntawm kev sib ntaus sib ceg hauv vaj hauv tsev?	☐ Tau ☐ Tsis Tau
Puas muaj leeg twg hauv koj yim neeg yog ib tug neeg tsiv raws hauj lwm goob loo los sis ua hauj lwm raws caij nyoog uas tam sim no nyiaj tu lawm thiab yog tus yuav khwv tsis tau nyiaj tshaj \$25 rau 10 hnub tom ntej no?	☐ Muaj ☐ Tsis Muaj

Yog koj yim neeg yuav tsum tau them tej nqi hluav taws xob nqi dej, teb cov nqe lus nug nram no.

Yog koj them cov nqi khiab tsev nyob, puav suav tus nqi cua sov nrog rau koj tus nqi khiab tsev no?	☐ Suav ☐ Tsis Suav
---	--

Kos rau cov nqi hauv vaj hauv tsev uas koj yuav tsum tau them, thiab kos qhov "Yog" los sis qhov "Tsis Yog" yog tias yeej siv los ua kom koj lub tsev sov.

Puas yog siv ua tsev sov?			Puas yog siv ua tsev sov?		
☐ Roj (zeb ntsuam)	☐ Yog	☐ Tsis Yog	☐ Roj av/roj kerosene	☐ Yog	☐ Tsis Yog
☐ Hluav taws xob	☐ Yog	☐ Tsis Yog	☐ Thee	☐ Yog	☐ Tsis Yog
☐ Roj propane	☐ Yog	☐ Tsis Yog	☐ Taws ntoo	☐ Yog	☐ Tsis Yog

Kos rau cov nqi uas koj yim neeg yuav tsum tau them.

☐ Xov tooj ☐ Dej ☐ Dej vuab tsuab ☐ Nqa khoom vuab tsuab pov tseg ☐ Kev teeb tsa
☐ Kho tshuab tsim cua txias ☐ Lwm yam: _____

Tej zaum koj yuav tsum muaj pov thawj rau koj qee cov lus teb. Saib tshooj ntawv hais txog "Xav Tau Ntawv Ua Pov Thawj" hais txog cov npe ntawm tej ntaub ntawv ua pov thawj uas tej zaum koj yuav tsum tau muab rau peb.

Muab cov ntaub ntawv thov kev pab xa mus thiab/los sis muab cov ntaub ntawv ua pov thawj xa mus rau:

Yog koj nyob hauv Cheeb Koog Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

Yog koj **tsis** nyob rau hauv Cheeb Koog Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

Los sis tshuab xa ntawv: 888-409-1979

Los sis tshuab xa ntawv: 855-293-1822

Koj yuav muab cov ntaub ntawv ua pov thawj yees duab thiab rub rau saum huab cua ntawm access.wi.gov.

Yog koj xav thov rau BadgerCare Plus los sis Medicaid, koj muaj peev xwm thov tau cov kev pab them nqi kho mob no saum huab cua ntawm access.wi.gov thooj txhij ua ntawv thov cov txiaj ntsim nyiaj pab FoodShare. Los sis koj muaj peev xwm sau daim ntawv thov kev pab rau kev saib xyuas mob nkeeg. Yuav nrhiav cov ntawv thov kev pab saum huab cua ntawm www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm los sis los hu rau koj lub koom haum.

WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-16019AS (12/2021)

INSCRIPCIÓN DE FOODSHARE WISCONSIN FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

INSTRUCCIONES: Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en un formato alternativo o la necesita traducida a otro idioma, póngase en contacto con su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o llame a servicios para miembros al 800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Tiene derecho a presentar su solicitud en cualquier momento. Para fijar su fecha de presentación (la fecha en la que pueden comenzar sus beneficios) debe facilitar al menos su nombre, dirección y firma. A continuación, puede llenar una solicitud completa en línea en access.wi.gov, por correo, por fax, por teléfono o en persona.

Deberá tener una entrevista con su agencia por teléfono o en persona para llenar el resto de su solicitud. Su solicitud se tramitará lo antes posible, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que su agencia reciba su solicitud.

Puede pedirle a un representante autorizado que llene este formulario por usted. Para designar a un representante autorizado, llene el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: persona, F10126A, o el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: organización, F10126B. Esto permitirá que su representante autorizado llene y firme la solicitud por usted. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Si tuvo beneficios de FoodShare que terminaron en los últimos 30 días, es posible que pueda reabrir sus beneficios de FoodShare sin llenar este formulario de inscripción. Póngase en contacto con su agencia para averiguar si puede reabrir sus beneficios de FoodShare sin tener que llenar este formulario o una solicitud.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)		Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de teléfono	¿Es usted actualmente una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado		Fecha de la firma (mm/dd/aa)	

Servicios prioritarios de FoodShare

Si necesita ayuda de inmediato, es posible que pueda obtener los beneficios de FoodShare en un plazo de siete días a partir de la presentación de la solicitud y/o el formulario de inscripción si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Su hogar tiene 100 dólares o menos disponibles en efectivo o en el banco y tendrá menos de 150 dólares de ingresos este mes.
- Su hogar tiene gastos de alquiler, hipoteca o servicios públicos que superan el total de sus ingresos brutos mensuales (dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias) para este mes.
- Su hogar Incluye a un trabajador agrícola migrante o estacional que paró de recibir ingresos.

Responda a las siguientes preguntas para ser considerado para un servicio más rápido.

¿Cuál es el total de ingresos brutos (antes de impuestos u otras deducciones) que su hogar espera recibir este mes?	\$ _____
¿Cuál es el total de activos disponibles de su hogar (por ejemplo, dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorro, o una suma global de dinero)?	\$ _____
¿Cuál es la cantidad que su hogar paga en total por la vivienda (por ejemplo, alquiler o hipoteca) este mes?	\$ _____

¿Recibió su hogar los beneficios de FoodShare este mes?	☐ Sí	☐ No
¿Recibió su hogar los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, cupones de alimentos o una transferencia electrónica de los beneficios) en otro estado este mes?	☐ Sí	☐ No
¿Vive actualmente en un lugar de refugio para víctimas de violencia doméstica?	☐ Sí	☐ No
¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional cuyos ingresos han cesado recientemente y que no espera recibir más de 25 dólares en ingresos en los próximos 10 días?	☐ Sí	☐ No
Si su hogar tiene que pagar los servicios públicos, responda a las siguientes preguntas.		
Si paga alquiler, ¿la calefacción está incluida en su alquiler?	☐ Sí	☐ No
Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar y marque "Sí" o "No" si el servicio se utiliza para calentar la vivienda.		
☐ Gas (natural) ☐ Electricidad ☐ Gas propano líquido	¿Se utiliza para la calefacción? ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Aceite combustible/ queroseno ☐ Carbón ☐ Madera
Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar.		
☐ Teléfono ☐ Instalación	☐ Agua ☐ Recargo por aire acondicionado	☐ Alcantarillado ☐ Recolección de basura ☐ Otro: _____

Es posible que tenga que proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Vea la sección "Pruebas necesarias" para una lista de pruebas que puede necesitar darnos.

Envíe las solicitudes y/o pruebas por correo o fax a:

Si usted vive en el condado de Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205

Si usted **no** vive en el condado de Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

O fax: 888-409-1979

O fax: 855-293-1822

También puede escanear y/o subir cualquier prueba en línea en access.wi.gov.

Si quiere solicitar BadgerCare Plus o Medicaid, puede solicitar estos programas de atención médica en línea en access.wi.gov al mismo tiempo que solicita los beneficios de FoodShare. O puede completar una solicitud de papel para atención médica. Las solicitudes se pueden encontrar en línea en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o contactando a su agencia.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE FOODSHARE WISCONSIN

Esta solicitud es sólo para los beneficios de FoodShare. No es una solicitud para BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares, Child Care Subsidy ni para el Wisconsin Works (W-2). Puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare en línea en access.wi.gov a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Debe contactar a su agencia para solicitar para el W-2.

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar para el W-2 u otros programas para poder obtener los beneficios de FoodShare. Los beneficios de FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares con bajos ingresos. Un hogar está generalmente constituido por personas que viven juntas y que comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de FoodShare que un hogar recibe se basa en el tamaño, los gastos y los ingresos del hogar. Los beneficios de FoodShare se emiten en una tarjeta QUEST de Wisconsin que se utiliza como una tarjeta de débito en las tiendas de comestibles o mercados de agricultores que aceptan FoodShare.

Como miembro de FoodShare, usted tiene derechos y responsabilidades. Sus derechos incluyen:

- El derecho a ser notificado de su estado de inscripción dentro de los 30 días siguientes a la solicitud.
- El derecho a obtener beneficios dentro de siete días si califica para ayuda inmediata.