**Accord de participation Wisconsin Works (W-2)**

Wisconsin Works (W-2) Participation Agreement

Les informations personnelles que vous fournissez peuvent être utilisées à des fins secondaires [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

Je comprends et j'accepte être responsable de mon bien-être et de celui de ma famille. Wisconsin Works

(W-2) peut m'aider à trouver et à conserver un emploi pour assumer mes responsabilités. Si je suis éligible au W-2, j'accepte ce qui suit :

**REGLES DE TRAVAIL**

1. Mon objectif est de trouver et de conserver un emploi à la hauteur de mes capacités. Si j'obtiens un poste W-2 je chercherai et accepterai toujours un emploi. Si je refuse de prendre un emploi, de quittet un emploi ou ssi je suis renvoyé d'un emploi sans raison valable, jr ne pourrai pas être éligible au W-2.
2. Je rencontrerai un planificateur financier et de l'emploi (Financial and Employment Planner – FEP) et participerai à une évaluation. Mes réponses resteront confidentielles et seront utilisées pour m'aider dans le programme W-2. J'ai bien noté que si j'informe mon travailleur que des enfants sont maltraités, mon travailleur devra porter cette information à la connaissance des services de protection de l'enfance.
3. J'ai bien noté que si j'ai un emploi ou si je suis prêt à en prendre un, je peux être affecté à un poste de gestion de cas (CMU ou CMJ) et recevoir une aide me permettant de trouver un emploi, conserver un emploi ou trouver un emploi mieux rémunéré, mais je ne recevrai aucun paiement en espèces. Si je ne suis pas prêt à prendre un emploi, mon FEP peut m'affecter à l'un des postes rémunérés W-2 ci-dessous, en fonction de mes antécédents professionnels et de ma préparation à l'emploi :
4. **Programme de jumelage d'emploi à l'essai (TEMP):** un emploi auprès d'un employeur qui peut m'embaucher de façon permanente. Si je suis placé, mon employeur me paiera au moins le salaire minimum pour les heures que je travaillerai.
5. **Service Communautaire et sociaux (CSJ) :** Un stage et une formation professionnelle qui aide la communauté tout en m'aidant à me préparer à un emploi. Je recevrai un paiement mensuel en échange d'un maximum de 40 heures par semaine de participation aux activités W-2. Dans la plupart des cas, l'éducation et la formation sont limitées à 10 heures par semaine.
6. **Placement Transitionionel pour personnes handicapees W-2 (W-2 T) :** si je ne suis pas en mesure de prendre un poste CSJ, je peux être placé en W-2 T. Je recevrai un paiement mensuel en échange d'un maximum de 40 heures par semaine de participation aux activités W-2. Dans la plupart des cas, l'éducation et la formation sont limitées à 12 heures par semaine.
7. Je comprends que je dois participer à toutes les activités assignées à mon Plan d’acces a l’emploi (EP).

* Je dois informer immédiatement mon FEP si je ne peux pas réaliser les activités assignées sur mon EP parce que je n'ai pas de garde d'enfant et ne peux travailler pour raison médicale, que je dois répondre à une convocation au tribunal ou pour toute autre raison. Si ma condition médicale affecte ma capacité à travailler, on peut me demander de participer à un examen médical ou à tout autre type d'évaluation pour déterminer si des services spéciaux ou des aménagements sont nécessaires. Si je refuse de coopérer à cet examen / cette évaluation, je peux être affecté à des activités sans considération aucune pour ma condition médicale.
* Remplir les formulaires de présence pour toutes les heures pendant lesquelles j'assiste aux activités W-2.
* Si je ne parviens pas à faire l'une des activités assignées sur mon EP sans raison valable, l'une des situations suivantes peut se produire :
  + Si je suis dans un poste d'emploi CSJ ou W-2 T, mon paiement diminuera de 5.00 $ pour chaque heure si je n'arrive pas à réaliser ce qui m'a été assigné sur mon EP sans raison valable.
  + Je peux me voir refuser l'éligibilité future au W-2 jusqu'à 180 jours à compter de la date de ma dernière demande.

1. J'ai bien noté que les affectations de travail W-2 respecteront :
2. toutes les lois et règles du travail fédérales et étatiques qui s'appliquent;
3. respecter toutes les normes de santé et de sécurité fédérales, étatiques et locales et être exempt de discrimination;
4. ne pas exiger de moi que je renonce à des droits du travail ou à ceux d'un Syndicat;
5. et ne pas remplacer un travailleur en grève, en lock-out ou impliqué dans un autre conflit professionnel de bonne foi.
6. Je comprends que moi-même ou d'autres membres de mon foyer également affectés à des activités doivent suivre les règles du programme W-2 pour trouver un emploi ou conserver un emploi. Si moi-même ou d'autres membres de mon ménage affectés aux activités ne suivont pas les règles du programme W-2, je peux me voir refuser l'éligibilité W-2 pendant 90 jours pour refus de participer. Je comprends qu'un refus de participer signifie que moi-même ou un autre membre de mon foyer auquel des activités ont été assignees :

* A été licencié pour inconduite ou a commis une inconduite vis-à-vis de l'agence W-2 ou dans un lieu offrant du travail, une expérience professionnelle, une formation ou des services W-2.
* Ne s'est pas présenté ou s'est présenté plus de 15 minutes en retard pour une entrevue avec un employeur potentiel, un salon de l'emploi ou une rencontre avec un employeur potentiel.
* A quitté une entrevue ou une réunion avec un employeur potentiel avant qu'elle ne soit terminée.
* Se présenter à un entretien ou à une réunion avec un employeur potentiel habillé de manière inappropriée ou paraissant imprésentable après avoir reçu des instructions ou une formation.
* N'a pas rempli une demande d'emploi requise par un employeur potentiel.
* Communication à un employeur potentiel d'exigences de travail déraisonnables; lesquelles ont entraîné l'inadmissibilité à l'emploi.
* A fourni des informations incorrectes ou incomplètes sur les qualifications lors d'un entretien ou d'une candidature à un emploi, ce qui a entraîné l'inéligibilité à l'emploi après avoir reçu des instructions ou une formation.
* Quitter un emploi approprié ou refuser une véritable offre d'emploi approprié.
* N'a pas participé aux activités assignées entraînant une réduction de 20% ou plus des prestations W-2 pendant deux mois consécutifs ou pendant trois mois sur une période de six mois.
* A refusé ou n'a pas suivi une instruction verbale ou écrite du personnel de l'agence W-2 ou du personnel d'un lieu offrant un travail, une expérience de travail, un site de formation ou des services W-2.
* A utilisé un langage vulgaire ou profane ou a adopté un comportement abusif à l'encontre du personnel ou d'autres personnes de l'agence W-2 ou d'un lieu offrant du travail, une expérience professionnelle, une formation ou des services W-2.
* Violation des règles de travail écrites élaborées par l'agence W-2 ou un lieu offrant du travail, une expérience de travail, une formation ou des services W-2.

**RESPONSABILITÉS**

1. J'aiderai à nommer et/ou à localiser légalement le(s) autre(s) parent(s) de mon/mes enfant(s). Si je ne coopère pas trois (3) fois avec l'agence locale de soutien à l'enfance, je ne serai pas éligible au W-2 ou à la garde d'enfants jusqu'à ce que je coopère ou pendant six (6) mois, selon la période la plus longue.
2. Je fournirai la preuve des informations nécessaires dans les sept (7) jours ouvrables suivant la demande. Je signalerai les changements de revenus, d'actifs et de structure familiale dans les 10 jours. Je signalerai que mon ou mes enfants quittent mon domicile dans les cinq (5) jours. Si je donne volontairement de fausses informations, je peux être poursuivi.
3. J'ai bien noté que je dois informer à mon travailleur si j'ai été reconnu coupable d'un délit en relation à la drogue pour une infraction qui s'est produite au cours des cinq dernières années. Si je refuse de fournir ces informations, je peux me voir refuser les services W-2. Si j'ai été reconnu coupable d'un crime lié à la drogue et que je suis placé dans un poste CSJ ou W-2 T, je dois me soumettre à un test de dépistage de drogue. Si mon dépistage de drogue est positif, mes prestations seront réduites. Si je refuse de me soumettre à un dépistage de drogue, je peux être déclaré inéligible aux services W-2.
4. J'ai bien noté que je dois donner à mon enfant des soins appropriés pendant mes heures de participation au W-2. Je peux contacter mon agence locale de ressources et d'orientation pour la garde d'enfants pour m'aider à trouver une garde d'enfants. Si je ne trouve pas de garde d'enfants appropriée, j'en informerai mon FEP.
5. Je comprends que les paiements CSJ et W-2 T n'augmenteront pas si j'ai d'autres enfants en plus.
6. Je veillerai à ce que mes enfants aillent à l'école. S'ils ne vont pas à l'école, mes paiements pourraient être réduits.
7. Je signalerai un changement de revenus ou d'actifs gagnés ou non gagnés dans les dix (10) jours civils. J'ai bien noté que si je ne signale pas le changement, je pourrais devoir de l'argent pour des paiements W-2 que je n'aurais pas dû recevoir.
8. Si je reçois un paiement W-2 par erreur, je dois le rembourser.
9. J'ai noté que je ne dois pas donner de fausses informations à l'agence W-2 sur moi-même ou sur les membres de mon ménage.
10. Je comprends que je peux me voir refuser W-2 ou que mes paiements W-2 peuvent être résiliés si moi-même ou l'un des membres de mon ménage s'avère avoir intentionnellement donné, avec mon accord, de fausses informations afin que je puisse devenir ou rester éligible pour les prestations de serv W-2. Je peux me voir refuser l'éligibilité W-2 pendant 6 mois pour la 1ère fois, 12 mois pour la 2ème fois et définitivement pour la 3ème fois. Je peux également être poursuivi pour fraude si je donne intentionnellement de fausses informations pour recevoir des paiements ou des services.

**ASSISTANCE DISPONIBLE AUX PERSONNES HANDICAPÉES**

J'ai noté que si j'ai un handicap, je peux être admissible à recevoir une aide autrement connue sous le nom d'aménagements raisonnables de l'agence W-2 pour m'aider à participer au travail assigné et aux activités de formation.

**Qu'est-ce qu'un handicap?** La définition du handicap en vertu de l'Americans with Disabilities Act (ADA) est très spécifique et peut ne pas être la même que la définition utilisée par d'autres programmes et services. En vertu de l'ADA, une personne est protégée contre la discrimination fondée sur son handicap si elle a une condition qui affecte sa capacité à faire des activités physiques (exemples: marcher, voir, respirer, entendre, etc.) ou une condition mentale (exemples: apprendre handicap, dépression, antécédents de dépendance, anxiété, phobie, etc.). Toutes les limitations ne sont pas considérées comme un handicap en vertu de l'ADA. Les personnes peuvent être tenues de fournir des documents ou une preuve d'un professionnel de la santé concernant la présence et la gravité de l'invalidité.

**Quelle aide est disponible?** Des aménagements peuvent être disponibles pour permettre à une personne handicapée de participer à des activités de travail ou de formation. Chaque personne peut avoir besoin d'un type d'assistance différent en fonction de son handicap. Une demande d'assistance sera examinée au cas par cas pour déterminer s'il existe un handicap qui rend difficile pour une personne de participer à des activités de formation et de travail et, le cas échéant, de quel type d'assistance elle pourrait avoir besoin.

Les exemples du type d'assistance qui peut être disponible comprennent :

* Fournir ou apporter des modifications à l'équipement ou aux appareils afin qu'une personne handicapée puisse les faire fonctionner;
* Modifier l'horaire de travail ou de formation afin qu'une personne handicapée puisse toujours participer;
* Apporter des modifications au test ou aux instructions qui sont nécessaires pour un emploi ou un programme de formation afin qu'une personne handicapée puisse passer le test ou comprendre les instructions
* Fournir des lecteurs et des interprètes en langue des signes pour aider les personnes handicapées à comprendre ce qui se dit ou à comprendre les informations écrites qu'on leur demande de lire ; et
* Apporter des modifications aux bâtiments ou aux espaces afin que les personnes handicapées puissent y accéder et utiliser les installations mises à la disposition de tous les autres employés (exemples : salles de bain, stationnements, rampes et portes électriques, etc.).

Si je sens que je suis une personne handicapée et que j'aurai besoin d'assistance en raison de mon handicap pendant ma participation au programme W-2, j'en parlerai à mon FEP.

**W-2 LIMITE DE TEMPS**

1. J'ai bien noté que ma participation à un poste TEMP, CSJ, ou W-2 T est limitée à 24 24 mois.
2. Au cours de ma vie, je ne peux occuper des postes rémunérés W-2 que pendant un total de 48 mois (4 ans). Chaque mois où je suis placé dans un poste rémunéré W-2 compte, même si je ne reçois pas de paiement parce que j'ai omis de faire ce qui a été assigné sur mon plan d'employabilité sans une bonne raison. Les délais ne s'appliquent pas aux postes de gestion de cas W-2, à l'aide à la garde d'enfants, à Medicaid, ou à FoodShare.
3. Les délais peuvent ne pas compter tant que mon enfant a moins de 8 semaines. Si mon enfant est né plus de 10 mois après avoir reçu pour la première fois TANF/AFDC/W-2, les délais compteront, sauf si l'enfant est le résultat d'une agression sexuelle ou d'un inceste et que je l'ai signalé.
4. Je comprends que mon FEP examinera **avec** moi, au moins tous les six mois, le temps que j'ai utilisé sur mes deux délais de 24 mois et de 48 mois.
5. Je comprends que je pourrais obtenir une prolongation des délais de 24 mois et de 48 mois. Cela peut arriver si je remplis certaines conditions. L'agence W-2 doit examiner avec moi et décider si je remplis ces conditions lorsque j'approche de mon délai. Je peux demander à tout moment à mon FEP combien de temps il me reste et si je peux obtenir une prolongation si je suis proche de la fin de mon temps imparti.

|  |  |
| --- | --- |
| **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE :**   * Je ne serai pas éligible pour un poste W-2 si je ne signe pas cet accord de participation. * Je peux choisir de ne pas accepter un emploi rémunéré W-2 et de conserver mes mois limités d'éligibilité pour des besoins W-2 futurs. * Respecter toutes les dispositions du présent accord de participation. Je ne pourrai peut-être pas participer à l'avenir si je ne coopère pas avec l'agence W-2. | |
| **SIGNATURE** – Demandeur/Participant (ou ID d'interaction de signature téléphonique) | Date de signature |
| **SIGNATURE** – Autre membre adulte du groupe W-2 | Date de signature |
| For Office Use Only  **I have explained the conditions and requirements of participation in a W-2 employment position and answered the applicant’s questions to the best of my knowledge. I have witnessed the signature(s) on this participation agreement.** | |
| **SIGNATURE** – Agency Witness | Date Signed |