|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**  Division of Family and Economic Security | **WSSP** |

**Plan de Servicios de Apoyo**

SUPPORTIVE SERVICE PLAN

La información personal que proporciona puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del participante | Fecha en que se llenó el formulario |
| Nombre del trabajador de W-2 | Nombre de la agencia |
|  | |
| Este es el Plan de Servicios de Apoyo que el trabajador de W-2,      , y yo hemos hecho. Este plan proporciona información acerca de los recursos y servicios que mi familia y yo podríamos necesitar ahora o en el futuro. Sé que este plan se basa en información que he compartido con el trabajador de mi caso.  Sé que puedo comunicarme con la agencia W-2 en cualquier momento:   * para actualizar mi Plan de Servicios de Apoyo; * encontrar otros recursos necesarios; o * volver a solicitar servicios W-2 (y que se reconsidere una extensión si he alcanzado mi límite de 48 meses).   Sé que la agencia W-2 también puede derivarme a los siguientes programas o ayudarme a volver a solicitarlos:   * **FoodShare Wisconsin:** FoodShare tiene distintas reglas que W-2 y no tiene un límite de tiempo. * **Medicaid / BadgerCare Plus:** Estos programas tienen distintas reglas que W-2 y no tienen un límite de tiempo. * **Asistencia para calefacción** (también conocido como Programa de Asistencia de Wisconsin con la Energía). * **Programa de subsidio para cuidado de Niños Wisconsin Shares:** Este programa es para familias elegibles que están en actividades laborales, actividades relacionadas con el trabajo o actividades de educación/capacitación. Wisconsin Shares no tiene un límite de tiempo. * **Asistencia de emergencia:** Si usted no tiene hogar, ha recibido una notificación de que lo van a desalojar por no pagar el alquiler o tiene vivienda de emergencia debido a incendio, inundación, desastre natural o crisis de energía, podría ser elegible para recibir ayuda con esta necesidad. * **Otros programas de empleo en mi comunidad:** Puede encontrar programas tales como Rehabilitación Vocacional, Aprendizaje para Adultos y Jóvenes y otros servicios para trabajadores y aquellos que buscan trabajo en un Centro de Trabajo de Wisconsin. Si está interesado, hable con un trabajador de W-2 sobre estos programas. * **Otros recursos útiles en mi comunidad:** (por ejemplo, distribución de alimentos para personas necesitadas, refugios para personas sin hogar, servicios médicos, proveedores de servicios para violencia doméstica, etc.). | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Las siguientes áreas se identificaron como necesidades para mi Plan de Servicios de Apoyo:** | | | | | | | | |
|  | Necesidades de emergencia (es decir, distribución de alimentos, ropa, etc.) | | | |  | Vivienda | | |
|  | Preparación de presupuesto doméstico / manejo del dinero | | | |  | Acceso a apoyo económico | | |
|  | Educación y capacitación | | | |  | Asistencia legal | | |
|  | Apoyo laboral | | | |  | Cuidado de niños | | |
|  | Transporte | | | |  | Atención médica personal y familiar | | |
|  | Otra necesidad: |  | | |  | Otra necesidad: | |  |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** | | |  | | | | | |
| **Recursos de la comunidad** | | | | | | | | |
| Nombre del recurso | | | | Dirección  (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | Información de contacto | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de corto plazo: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Plan de acción de largo plazo: | | | | | | | | |
| **FIRMAS** | | | | | | | | |
| Firma del participante o ID de Interacción de la firma telefónica | | | | | | | | |
| Firma del representante de la agencia W-2 | | | | | | | | |
| Información de contacto de la agencia W-2: | | | | | | | | |