# Wisconsin Works (W-2) التسجيل في البرامج ذات الصلة

WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS REGISTRATION

يُحدَّد تاريخ طلبك بالتاريخ الذي تكمل فيه المقابلة، أو التاريخ الذي نتلقى فيه نموذج التسجيل هذا مع اسمك وعنوانك وتوقيعك. ولا يتعين على الأشخاص الذين لا مأوى لهم تقديم عنوان. ولكن يجب أن تتم عملية تقديم الطلب كاملةً، بما في ذلك ملء نموذج التسجيل هذا وملء الطلب وإكمال المقابلة والتوقيع على الطلب، قبل أن تتمكن من الحصول على المزايا أو الخدمات. وسنخبرك كتابةً خلال 30 يومًا تقويميًا بما إذا كنت مؤهلًا أم لا **ومن المهم تحديد تاريخ طلبك في أقرب وقت ممكن لتتمكن من الحصول على المزايا أو الخدمات في أسرع وقت ممكن. ويُعتبر تقديم رقم الضمان الاجتماعي أمرًا إلزاميًا بموجب دستور ولاية** ويسكونسن، المادة 49.145 (2)(k). **وقد يتم التحقق من رقم الضمان الاجتماعي من خلال** برامج المطابقة باستخدام الكمبيوتر، **وقد يُستخدم لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج.** وقد يُكشَف عن رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للوكالات الفيدرالية والولائية الأخرى للتحقق منه رسميًا. وإذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي، فسيُرفَض طلبك المقدم للحصول على المزايا والإعانات. قد تُستخدم المعلومات الشخصية التي تقدمها لأغراض ثانوية [قانون الخصوصية، المادة 15.04(1)(m)، دستور ولاية ويسكونسن]. [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

 **W-2:** [ ]  ستلتقي بأخصائي موارد في اليوم الذي تقدم فيه نموذج التسجيل المُوقَّع هذا إلى وكالة W-2 أو في يوم العمل التالي. وقد تبدأ عمليات دفع الأموال أو الخدمات اعتبارًا من تاريخ تعيينك في منصب وظيفي فيW-2.

 [ ]  **المساعدة النقدية للاجئين (RCA):** تبدأ الأهلية في تاريخ تقديم الطلب. ويتم تقسيم المدفوعات بالتناسب لمزايا الشهر الأول والأخير. ويجب سداد الدفعة الأولي في غضون خمسة أيام عمل بعد تحديد الأهلية ويتم سداد كل دفعة شهرية في أول الشهر بعد ذلك.

**كيفية استخدام نموذج التسجيل هذا**

1. استخدام الحبر الأزرق أو الأسود.
2. لا تكتب في المناطق المظلَّلة.
3. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال نموذج التسجيل هذا، فاتصل بالوكالة المحلية المذكورة أدناه. وإذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة وتريد الحصول على هذا الطلب بتنسيق بديل، أو كنت بحاجة إلى ترجمته إلى لغة أخرى، فاتصل بالوكالة المحلية المذكورة أدناه. فخدمات الترجمة مجانية.

|  |
| --- |
| **معلومات الوكالة** |
| اسم الوكالة       | رقم هاتف الوكالة      | تاريخ الاستلام (شهر/يوم/سنة)      |
| عنوان الوكالة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)      | / رقم الحالة      |
| **التسجيل** |
| اسم مقدم الطلب      | رقم هاتف منزل مقدم الطلب      |
| عنوان إقامة مقدم الطلب (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)      |
| رقم الضمان الاجتماعي (مقدم الطلب فقط)\*      | الجنس (حدد نوعًا واحدًا)  [ ]  ذكر [ ]  أنثى | تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)      |
| **التوقيع -** مقدم الطلب (أو مُعرِّف تفاعل التوقيع الهاتفي)      | تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)      |
| **التوقيع -** الممثل المفوَّض       | تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)      |

[يجب أيضًا إكمال نموذج تفويض ممثل المشارك(DCF-F-DWSP2375)]

* **هل حصلت على كُتيب** *المزايا والخدمات المقدمة في وكالات****Wisconsin Works (W-2)*** (DCF-P-DWSP11890)**؟ قد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا وخدمات أخرى، ويخبرك هذا الكتيب بما قد يكون متاحًا لك ولأسرتك.**
* **هل حصلت على كُتيب** *ما يجب أن تحضره معك*(DCF-F-DWSP2372)**؟ عند تقديم الطلب، قد يُطلب منك تقديم إثبات لبعض المعلومات مثل: العمر والهوية ورقم الضمان الاجتماعي وحالة المواطنة والدخل والأصول لجميع الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة. ويخبرك كتيب** *ما يجب أن تحضره معك* **بما يجب عليك إحضاره في المقابلة.**