طلب الحصول على برنامج **Wisconsin Works (W-2)** والبرامج ذات الصلة

WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS APPLICATION

ما هي البرامج التي تتقدم للحصول عليها؟ **(اختر كل ما ينطبق)**

 **W-2**[ ]  البرنامج[ ]  قرض الحصول على وظيفة[ ]  المساعدة في رعاية الطفل[ ]  المساعدة النقدية للاجئين **(RCA)**

**كيفية استخدام نموذج الطلب هذا**

1. استخدام الحبر الأزرق أو الأسود.
2. لا تكتب في المناطق المظلَّلة.
3. أَكمِل هذا الطلب، ولا توقِّع عليه حتى تقابل أحد موظفي الوكالة.
4. إذا كنت تريد مساحة أكبر، فاستخدم أوراقًا إضافية.
5. إذا كنت تريد مساعدة لإكمال نموذج الطلب هذا، فاتصل بالوكالة المحلية المذكورة في القسم الأول من هذا الطلب. وإذا كنت تعاني من إعاقة وتريد الحصول على هذا الطلب بتنسيق بديل، أو كنت تريد ترجمته إلى لغة أخرى، فاتصل بالوكالة المحلية المذكورة في القسم الأول من هذا الطلب. فخدمات الترجمة مجانية.

**هل تلقيت الوثائق التالية؟** يُرجى قراءتها والاحتفاظ بها لاستخدامها في المستقبل.

* ملحق الطلب/التسجيل، دليل مساعدة الحقوق والمسؤوليات (DCF-P-DWSP398)
* W-2 اتفاقية المشاركة (DCF-F-DWSP10755-E) (المتقدمون للحصول على برنامج W-2 وبرنامج المساعدة النقدية للاجئين (RCA) فقط)

**هل أنت متقدم بطلب للحصول على رعاية الأطفال فقط؟** إذا كانت الإجابة نعم، فيمكنك تخطي القسم الثامن، الجزء 2؛ والقسم الثامن، التاريخ الوظيفي؛ والقسم التاسع.

قد تُستخدم المعلومات الشخصية التي تقدمها لأغراض ثانوية قانون الخصوصية، المادة [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].ويعتبر تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أمرًا إلزاميًا بموجب دستور ولاية ويسكونسن، المادة 49.145 (2)(k). وقد يتم التحقق من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) 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.

|  |
| --- |
| **Section I: W-2 agency, county or tribal human/social services agency Information** (To be filled out by the agency only)DWSW-2471 (R. 03/2005) |
| Agency Name      | Agency Telephone Number      | Date Received      |
| Agency Address (Street, City, State, Zip Code)      | Case Name      | Case Number      |

|  |
| --- |
| القسم **:II الشخص الذي يكمل الطلب بدلًا من مقدم الطلب** (إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإكمال هذا الطلب، فيمكنك طلب المساعدة من شخص آخر أو يمكنك تعيين ممثل مفوض لتمثيلك في عملية تقديم الطلب. ثم اطلب من هذا الشخص الإجابة على الأسئلة التالية. وإذا لم يكن الأمر كذلك، فانتقل إلى القسم الثالث). |
| اسم الشخص الذي يكمل الطلب (بدلًا من مقدم الطلب)      | الصلة بمقدم الطلب      | رقم الهاتف      |
| القسم  **:IIIمعلومات مقدم الطلب** |
| اسم مقدم الطلب      | رقم هاتف منزل مقدم الطلب       |
| اسم مقدم الطلب قبل الزواج أو أي اسم آخر مُستخدَم      | رقم هاتف عمل مقدم الطلب       | رقم هاتف آخر يمكن الوصول من خلاله إلى مقدم الطلب       |
| عنوان إقامة مقدم الطلب      | المدينة      | الولاية   | الرمز البريدي      |
| عنوان مراسلة مقدم الطلب (إذا كان مختلفًا)      | اختر اللغة التي تريد طباعة إشعارات البرنامج بها: [ ]  الإنجليزية [ ]  الإسبانية | ما هي اللغة الأساسية المستخدمة في منزلك؟      |
| القسم **:IV** معلومات الأسرة |
| اذكر أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون في أسرتك (ابدأ بنفسك)الاسم (الأخير، الأول، الأوسط) | هل أنت متقدم بطلب للحصول على مساعدة لهذا الشخص؟ | رقم الضمان الاجتماعي(المتقدمون فقط) | تاريخ الميلاد(الشهر/اليوم/السنة)*مثال:* 09/08/1965 | الجنسM – ذكرF – أنثى | الحالة الاجتماعية | مواطن أمريكي أو أجنبي مؤهل(المتقدمون فقط) | الإثنية\*(اختياري) | العِرق\*\* (اختياري) | الصلة بمقدم الطلب*مثال:*والد، حبيب، ابن، ابنة، صديق |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       | مقدم الطلب |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
|       |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |  [ ] ذكر [ ] أنثى |  [ ]  متزوج [ ]  غير مرتبط [ ]  مطلق |  [ ] نعم [ ] لا |       |       |       |
| \* بالنسبة ***للإثنية***، إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني، اكتبه في المساحة الفارغة المتوفرة، وإلا فاتركها فارغة\*\* بالنسبة ***للعِرق***، اكتب ما ينطبق مما يلي: آسيوي، زنجي أو أمريكي من أصل أفريقي، هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين، أحد سكان جزر هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى الأصليين، أبيض |
| **القسم :V لمعلومات غير المالية** |
| هل أنت والد لطفل (أطفال) أقل من 18 عامًا؟ |  [ ] نعم [ ] لا | هل يعيش طفلك (أطفالك) معك؟ |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل عمرك 18 عامًا أو أكثر؟ |  [ ] نعم [ ] لا | هل لك حضانة قانونية لأي طفل (أطفال) يعيشون معك؟ |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل رفضت أو تركت وظيفة خلال الأشهر الستة (6) الماضية؟ |  [ ] نعم [ ] لا | هل تحصل على دخل ضمان إضافي (SSI) أو تأمين إعاقة من الضمان الاجتماعي (SSDI)؟ |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل شاركت في برنامج W-2 في الأشهر الستة (6) الماضية؟ |  [ ] نعم [ ] لا | هل أنت عامل مهاجر في ويسكونسن ويسكونسن؟ |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل يوجد في الأسرة مجرم هارب من الملاحقة القضائية أو منتهك لشرط الوضع تحت المراقبة أو الإفراج المشروط أو مُدان بجريمة مخدرات منذ 22 أغسطس 1996؟إذا كانت الإجابة نعم، اكتب اسمه أو أسمائهم:       |  [ ] نعم [ ] لا | هل أنتِ حامل؟إذا كانت الإجابة نعم، ما هو تاريخ ولادتك؟       |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل هناك أي شخص آخر في أسرتك يحصل على أموال من برنامجW-2؟ |  [ ] نعم [ ] لا | هل تنوي الاستمرار في العيش في ويسكونسن؟ |  [ ] نعم [ ] لا |
| هل أنت مضرِب عن العمل؟إذا كانت الإجابة نعم، فمتى بدأتَ الإضراب؟        |  [ ] نعم [ ] لا |
| **القسم :VI معلومات الوالد الغائب** |
| هل لدى أي أطفال والد (والدَين) طبيعي أو بالتبني لا يعيش في المنزل؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى القسم السابع) |
| اسم الوالد الغائب      | رقم الضمان الاجتماعي(إذا كان متوفرًا فقط)      | تاريخ الميلاد(شهر/يوم/سنة)      | اسم الطفل (أسماء الأطفال)      | العلاقة بالطفل      |
| سبب تغيب الوالد      | تاريخ مغادرة الوالد للأسرة      | تاريخ آخر اتصال مع الوالد      | الأبوة ثابتة [ ] نعم [ ] لا |
| اسم الوالد الغائب      | رقم الضمان الاجتماعي(إذا كان متوفرًا فقط)      | تاريخ الميلاد(شهر/يوم/سنة)      | اسم الطفل (أسماء الأطفال)      | العلاقة بالطفل      |
| سبب تغيب الوالد      | تاريخ مغادرة الوالد للأسرة      | تاريخ آخر اتصال مع الوالد      | الأبوة ثابتة [ ] نعم [ ] لا |
| اسم الوالد الغائب      | رقم الضمان الاجتماعي(إذا كان متوفرًا فقط)      | تاريخ الميلاد(شهر/يوم/سنة)      | اسم الطفل (أسماء الأطفال)      | العلاقة بالطفل       |
| سبب تغيب الوالد      | تاريخ مغادرة الوالد للأسرة      | تاريخ آخر اتصال مع الوالد      | الأبوة ثابتة [ ] نعم [ ] لا |
| القسم **:VII المعلومات المالية** |
| الجزء **:1** دخل الأسرة |
| **هل يحصل أي فرد في الأسرة على دخل من وظيفة؟**  [ ] نعم [ ]  لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| فرد الأسرة | الموظف | متى تحصل على أجرك(كل أسبوع، كل أسبوعين، كل شهر، كل نصف شهر)؟ | المبلغ الإجمالي |
|       |       |       | $      |
|       |       |       | $      |
|       |       |       | $      |
| **هل يعمل أي شخص في الأسرة لحسابه الخاص أو يمتلك مزرعة؟**  [ ] نعم [ ]  لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| نوع العمل | إجمالي الدخل السنوي |
|       | $      |
|       | $      |
| **هل يحصل أي فرد في الأسرة على دخل مكتسب من غير جهد (مثل إعالة الطفل، أو دخل الضمان الإضافي، أو الميراث، أو راتب التقاعد، أو الصدقة)؟**  [ ]  نعم [ ]  لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| **نوع الدخل** |  | **من الذي يحصل عليه؟** | **المبلغ الشهري الإجمالي** | **هل من المتوقع أن يستمر؟** | **نوع الدخل** |  | **من الذي يحصل عليه؟** | **المبلغ الشهري الإجمالي** | **هل من المتوقع أن يستمر؟** |
| دخل ضمان إضافي (SSI) (SSI) |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا | إعانة إعاقة/مرض |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا |
| دخل إعاقة من الضمان الاجتماعي (SSDI) (SSDI) |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا | فوائد/توزيعات أرباح |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا |
| **نفقة/إعالة طفل** |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا | مزايا محاربين قدامى |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا |
| **تعويض عمال/بطالة** |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا | دخل آخر (يُرجى الوصف) |  [ ] نعم [ ] لا |       | $      |  [ ] نعم [ ] لا |
| الجزء **:2** الأصول **(يمكن للمتقدمين للحصول على رعاية الأطفال فقط تخطي هذا القسم)** |
| **هل يمتلك أي فرد في أسرتك الأنواع التالية من الأصول (مثل النقد أو الحسابات الجارية أو حسابات التوفير، أو غير ذلك)؟**  [ ] نعم [ ] لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| **نوع الأصل (الأصول)** | **اسم المالك (أسماء المُلاك)** | **القيمة الجارية/النقدية** | **الوصف (مثل اسم البنك/المؤسسة المالية ورقم الحساب)** |
| نقد |       | $      |       |
| حساب جار |       | $      |       |
| حساب توفير |       | $      |       |
| تأمين على الحياة |       | $      |       |
| غير ذلك (الأسهم والسندات وشهادات الإيداع وحساب التقاعد الفردي (IRA) والصناديق الاستئمانية): |       | $      |       |
| **هل يمتلك أي شخص في أسرتك مركبة؟**  [ ] نعم [ ] لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| النوع (سيارة، شاحنة، غير ذلك) | السنة/الصنع/الطراز | المبلغ الذي لا يزال مستحقًا |
|       |       | $      |
|       |       | $      |
| هل يمتلك أي شخص في أسرتك عقارًا؟ [ ] نعم [ ] لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| النوع: (منزل أو غير ذلك) | العنوان | القيمة المقدرة | المبلغ الذي لا يزال مستحقًا |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
| القسم **:VIII** معلومات العمل |
| هل تعمل حاليا؟ [ ]  نعم [ ] لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي)  |
| الوظيفية الحالية |
| صاحب العمل الحالي      | عنوان شارع صاحب العمل      |
| مُسمَّاك الوظيفي      | مدينة صاحب العمل وولايته ورمزه البريدي      |
| واجبات وظيفتك:      | تاريخ البدء      | هل لديك تغطية تأمين صحي؟  [ ]  نعم [ ]  لا |
| الأجر$      | ساعات/أسبوع   |
| **إذا كنت لا تعمل في الوقت الحالي، فهل كانت لديك وظائف في الماضي؟**  [ ]  نعم [ ]  لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم التاسع) |
| التاريخ الوظيفي **(يمكن للمتقدمين للحصول على رعاية الأطفال فقط التخطي إلى القسم العاشر)** |
| صاحب العمل السابق      | عنوان شارع صاحب العمل      |
| مُسمَّاك الوظيفي      | مدينة صاحب العمل وولايته ورمزه البريدي      |
| واجبات وظيفتك:      | تاريخ البدء      | تاريخ الانتهاء      |
| الأجر$      | ساعات/أسبوع   |
| سبب ترك العمل       |
| صاحب العمل السابق      | عنوان شارع صاحب العمل      |
| مُسمَّاك الوظيفي      | مدينة صاحب العمل وولايته ورمزه البريدي      |
| واجبات وظيفتك:      | تاريخ البدء      | تاريخ الانتهاء:      |
| الأجر$      | ساعات/أسبوع   |
| سبب ترك العمل       |
| صاحب العمل السابق      | عنوان شارع صاحب العمل      |
| مُسمَّاك الوظيفي      | مدينة صاحب العمل وولايته ورمزه البريدي      |
| واجبات وظيفتك:      | تاريخ البدء      | تاريخ الانتهاء      |
| الأجر$      | ساعات/أسبوع   |
| سبب ترك العمل       |
| **يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية ذات الصلة بالعمل:** |
| هل سبق لك التطوع أو العمل لحسابك الخاص؟ [ ] نعم [ ]  لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الوصف)       |
| هل لديك رخصة قيادة سارية؟ [ ]  نعم [ ]  لا  | هل لديك تأمين على السيارة؟ [ ]  نعم [ ]  لا | هل لديك وسيلة مواصلات تذهب بها إلى العمل؟ [ ]  نعم [ ]  لا(إذا كانت الإجابة نعم، فما نوع وسيلة المواصلات هذه؟) |
| ما نوع الوظيفة التي أنت مستعد لها الآن؟       |
| هل هناك ما يمنعك من العمل وإعالة أسرتك؟ نعم [ ]  لا [ ]  (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح):       |

|  |
| --- |
| القسم **:IX معلومات التعليم والتدريب** (يمكن للمتقدمين للحصول على رعاية الأطفال فقط تخطي هذا القسم) |
| أعلى مستوى تعليمي: |
|  [ ]  مدرسة ابتدائية (آخر ما هو صف تم إكماله   ) [ ]  تم الحصول على دبلوم المدرسة الثانوية GED/HSED[ ]  تم الحصول عليه |  [ ]  كلية فنية (إذا كان الأمر كذلك، ما هي الدرجة أو الشهادة التي تم الحصول عليها      ) [ ]  مستوى معين من الكلية الفنية (إذا كان الأمر كذلك، ما هو مسار الدراسة      ) [ ]  جامعة/كلية (إذا كان الأمر كذلك، ما هي الدرجة أو الشهادة التي تم الحصول عليها      ) [ ]  مستوى معين من الجامعة/الكلية (إذا كان الأمر كذلك، ما هو مسار الدراسة      ) |
| ما هي التدريبات الإضافية التي تلقيتها أو المهارات الإضافية التي اكتسبتها، مثل التدريب على Microsoft Office وإدخال البيانات والكتابة والتدريب على مهارات الكمبيوتر الأخرى؟ (اذكر متى تلقيت التدريب، وأين، وما إذا كنت قد أكملته أم لا)       |
| ملحوظة: لا توقع بالأحرف الأولى أو بالتوقيع العادي على القسمين التاليين حتى تلتقي بممثل من الوكالة. |
| القسم **:X** اقرأ كل بيان من البيانات التالية ووقع عليه بالأحرف الأولى**. (وقِّع بالأحرف الأولى أمام ممثل وكالة فقط)** |
| **[ ]** التحقق**: أفوضُ وكالة برنامج** W-2 **أو المقاطعة أو وكالة الخدمات البشرية/الاجتماعية القبلية وإدارة تنمية القوى العاملة بطلب وتلقي أي معلومات مناسبة وضرورية لإدارة برنامج** W-2 **على نحو سليم. وقد تشمل مصادر المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، دائرة الإيرادات الداخلية وإدارة الضمان الاجتماعي وقسم التأمين ضد البطالة وإدارة النقل. وأدرك أيضًا أنّ أي شخص، بما في ذلك أي مؤسسة مالية أو وكالة إعداد تقارير ائتمانية أو صاحب عمل أو مؤسسة تعليمية، مصرح له بالإفصاح عن هذه المعلومات، وفقًا لدستور ولاية ويسكونسن، المادة** s.49.143(5)(a). **[ ]** الإفصاح/الموافقة: **أدركُ أنّ المعلومات المتعلقة بالأجور والوظائف السابقة التي يتم الحصول عليها من سجلات برنامج التأمين ضد البطالة قد يتم مشاركتها مع الوكالة (التي قد تكون منظمة عامة أو خاصة**( **للتحقق من دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب.** **[ ]  عقوبات المعلومات الكاذبة:** أفهم الأسئلة والبيانات الواردة في نموذج الطلب هذا. وأعلم عقوبات تقديم معلومات كاذبة أو خرق القواعد. وأشهد، تحت طائلة القانون، أنّ إجاباتي صحيحة وكاملة على حد علمي، بما في ذلك المعلومات ذات الصلة بالجنسية أو حالة المهاجر لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على المساعدة. وأوافق على تقديم الوثائق اللازمة لإثبات ما قلته في غضون سبعة (7) أيام عمل من تاريخ طلب هذه الوثائق. وأدرك أنه يجوز للوكالة المحلية الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم للأهلية ومستوى المزايا. **[ ]**  لقد تلقيت وفهمت دليل مساعدة الحقوق والمسؤوليات (DCF-P-DWSP398) (المتقدمون للحصول على برنامج W-2 وبرنامج المساعدة النقدية للاجئين (RCA) ورعاية الأطفال فقط) **[ ]**  لقد تلقيت وفهمت اتفاقية المشاركة في برنامج W-2 (DCF-F-DWSP10755-E) (المتقدمون للحصول على برنامج |
| القسم **:XI** التوقيعات **(وقِّع أمام ممثل الوكالة فقط)** |
| توقيع مقدم الطلب أو معرف تفاعل التوقيع الهاتفي له      | تاريخ التوقيع      |
| شخص آخر بالغ في الأسرة      | تاريخ التوقيع      |
| شخص آخر بالغ في الأسرة       | تاريخ التوقيع      |
| توقيع الممثل المفوض (يجب أيضًا إكمال نموذج ***تفويض ممثل المشارك****(DCF-F-DWSP2375-E)*)      | تاريخ التوقيع      |
| توقيع موظف الوكالة      | تاريخ التوقيع      |
| يمكنك طلب نسخة من طلبك المُوقّ |

|  |
| --- |
| **CASE COMMENTS**(To be filled out by the agency only.)      |