**Solicitud de Revisión de Determinación de Hechos de Wisconsin Works (W-2)**

request for a wisconsin works (w-2) fact finding review

La información personal que proporcione se puede usar para propósitos secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Case Number | Requestor Telephone Number |
| Requestor Address (Street, City, Zip Code) | W-2 Worker Name | |

La Revisión de Determinación de Hechos revisará una decisión de la agencia W-2 con la que usted no esté de acuerdo. Puede solicitarle a su agencia W-2 una Revisión de Determinación de Hechos hasta 45 días después de que la agencia W-2 le haya informado de la decisión. Por favor, entregue una copia de cualquier notificación sobre una decisión luego de que entregue esta planilla.

**Fecha(s) en la que supo sobre la(s) decisión(es):**

**Marque la(s) razón(es) para su solicitud de Revisión de Determinación de Hechos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wisconsin Works (W-2)**  Se denegó mi solicitud de W-2.  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 12 días hábiles, o en 30 días hábiles si me hubiera dado más tiempo.  Mi colocación en W-2 está incorrecta.  Se me denegó una prórroga de mi límite de tiempo de W-2.  Se cerró mi caso de W-2 o mi pago finalizó.  Mi pago de W-2 fue reducido erróneamente en el(los) mes(es):  El sobrepago aplicado a mi caso es incorrecto.  Recibí una multa Learnfare incorrectamente.  Se denegó mi solicitud de buen motivo por no cooperación con mantenimiento de menores.  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta. | **Asistencia de Emergencia**  emergency assistance (ea)  Se denegó mi solicitud de EA.  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 5 días hábiles.  Mi pago de EA es incorrecto.  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta.  **Préstamo de Acceso al Empleo**  Job Access Loan (JAL)  Se denegó mi solicitud de JAL.  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 12 días hábiles, o en 30 días hábiles si me hubiera dado más tiempo.  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Explique por qué cree que la decisión de la agencia W-2 está equivocada:** | |
| La Revisión de Determinación de Hechos no demorará ni impedirá su derecho a solicitar una Audiencia Justa de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid, y/o Cuidado Infantil ante el Department of Administration, Division of Hearings and Appeals. Para solicitar una Audiencia Justa, solicite a su agencia de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid o Cuidado Infantil un formulario DHA–28. | |
| **Solicitante / Participante SIGNATURE**  Solicitud telefónica (no se requiere firma) | **Fecha de la solicitud**    /  / |

**Retain Completed Form in Case Record**