**APP**

**Firma de Respaldo del Solicitante o Participante**

BACK UP APPLICANT/PARTICIPANT SIGNATURE

La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, s.15.04 (1)(m), Wis. Stats.].

**Este formulario sólo deberá usarse para firmas cuando no haya una impresora disponible para imprimir el Formulario Combinado de Solicitud (CAF) después de terminar la entrevista interactiva. Adjunte este documento firmado y fechado al CAF completado y guárdelo en el expediente del caso.**

**ACEPTACIÓN**

Yo/nosotros entendemos que, bajo la ley del Estado de Wisconsin, la agencia W-2, el departamento tribal o del condado de servicios humanos/sociales, el Department of Health Services del estado y el Department of Children and Families están autorizados a solicitar y recibir información sobre mí/nosotros. Cualquier persona, incluida una institución financiera, una agencia de informe de crédito, un empleador o una institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, bajo la Sección 46.25 (2m) de los Estatutos de Wisconsin.

“El departamento puede solicitar de cualquier persona cualquier información que determine apropiada y necesaria para la administración de esta sección, ss. 49.19, 49.46, 49.47 y de los programas que llevan a cabo los propósitos de 7 USC 2001 a 2029. Cualquier persona en este estado proporcionará esta información en un plazo de siete días a partir de recibir una solicitud bajo esta subsección.”

**CONSENTIMIENTO A LA VERIFICACIÓN**

Yo/nosotros entendemos que la información sobre mis salarios y empleos anteriores proveniente de los registros del programa de Seguro de Desempleo se puede compartir con la agencia W-2 para verificar la veracidad de la información de mi/nuestra solicitud, y renuncio/renunciamos a cualquier objeción a esta verificación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÚNICAMENTE FIRME DELANTE DE UN REPRESENTANTE DE LA AGENCIA**  Yo/nosotros entendemos las penalizaciones por dar información falsa o infringir las reglas del programa. Yo/nosotros certificamos, bajo penalidad legal, que a mi/nuestro mejor saber y entender, todas las respuestas son correctas y están completas, incluida la información sobre la ciudadanía o estado extranjero de cada uno de los miembros de la familia. Yo/nosotros acordamos proporcionar documentos, si se solicitan, para probar lo que he/hemos dicho. Yo/nosotros entendemos que la agencia también puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi/nuestra elegibilidad y el nivel de beneficios. | | |
| Yo/nosotros entendimos las preguntas y declaraciones hechas durante la entrevista interactiva. Yo/nosotros vimos que la información que proporcioné/proporcionamos se ingresó en el sistema de computación del estado (CARES Worker Web). | | |
| Firma de la persona primaria o ID de Interacción de la firma telefónica | | Fecha de la firma |
| Firma de otro adulto o ID de Interacción de la firma telefónica | | Fecha de la firma |
| Firma de otro adulto o ID de Interacción de la firma telefónica | | Fecha de la firma |
| **Autorización del Solicitante o Participante para Representación** | | |
| Autorizo a       (nombre del representante) a que me represente en mi solicitud/revisión para W-2, Child Care Assistance, Medicaid, o FoodShare ante la agencia tribal o del condado que administra esos programas, y a que proporcione la información y los documentos que puedan ser necesarios para establecer mi elegibilidad para esos programas. Declaro que, según lo que sé, la información dada por mi representante será verdadera y correcta. Acuerdo que si mi representante da información incorrecta, seré responsable por cualquier error. Mi representante y yo entendemos que podría haber penalizaciones legales por dar información falsa. | | |
| Firma del solicitante/participante o ID de Interacción de la firma telefónica | Fecha de la firma | |

**GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO**