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

**برنامه خدمات حمایتی**

SUPPORTIVE SERVICE PLAN

ممکن است معلومات شخصی که ارائه می دهید برای اهداف فرعی استفاده شود [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام – شرکت کننده | | تاریخ تکمیل فرم |
| نام – مددکار W-2 | نام – سازمان | |
|  | | |
| این برنامه خدمات حمایتی من است که مددکار W-2 من،      ، و من ایجاد کرده ایم. این برنامه معلومات مربوط به منابع و خدماتی را که ممکن است من و خانواده ام اکنون یا در آینده به آنها نیاز داشته باشیم ارائه می دهد. می دانم که این برنامه بر اساس معلوماتی است که من با مددکارم به اشتراک گذاشته ام.  می دانم که می توانم در هر زمانی با سازمان W-2 تماس بگیرم:   * تا برنامه خدمات حمایتی خود را به روزرسانی کنم؛ * تا منابع مورد نیاز دیگر را پیدا کنم؛ یا * تا دوباره برای W-2 اقدام کنم (و اگر محدودیت زمانی 48 ماهه من به پایان رسیده است، برای تمدید آن بازبینی شوم).   می دانم که سازمان W-2 می تواند برای درخواست موارد زیر یا ارجاع من به موارد زیر نیز به من کمک کند:   * **FoodShare Wisconsin:** FoodShare قوانین متفاوتی نسبت به W-2 دارد و محدودیت زمانی ندارد. * **Medicaid / BadgerCare Plus‏:** این برنامه ها قوانین متفاوتی نسبت به W-2 دارند و محدودیت زمانی ندارند. * **Heating Assistance (کمک هزینه گرمایش)** (با عنوان برنامه حمایتی انرژی خانگی ویسکانسین نیز شناخته می شود). * **Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program (برنامه یارانه نگهداری کودک سهمیه ویسکانسین):** این برنامه برای خانواده های واجد شرایط است که در فعالیت های کاری، مرتبط با کار یا مدرسه / کارآموزی استند. سهمیه ویسکانسین فاقد محدودیت زمانی است. * **کمک های اضطراری ((Emergency Assistance:** اگر بی خانمان هستید؛ یا ابلاغیه تخلیه به دلیل عدم پرداخت اجاره برای شما آمده است؛ یا اگر وضعیت اضطراری مسکن به دلیل آتش سوزی، سیل، بلایای طبیعی یا بحران انرژی دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت برخی کمک ها در این مورد باشید. * **سایر برنامه های اشتغال در اجتماع من:** می توانید برنامه هایی از قبیل بازپروری شغلی، کارآموزی های بزرگسالان و جوانان و سایر خدمات در دسترس کارگران و افراد جویای کار را در مرکز شغلی ویسکانسین پیدا کنید. اگر علاقه مند هستید، از یک مددکار W-2 درباره این برنامه ها سؤال کنید. * **سایر منابع مفید در اجتماع من:** (برای مثال، بانک های غذا، سرپناه های بی خانمانان، خدمات پزشکی، ارائه دهندگان خدمات خشونت خانگی و غیره). | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **حوزه های زیر به عنوان نیازها برای برنامه خدمات حمایتی من شناسایی شد:** | | | | | | | | |
|  | نیازهای اضطراری (یعنی بانک غذا، پوشاک و غیره) | | | |  | مسکن | | |
|  | مدیریت پول / بودجه بندی خانوار | | | |  | دسترسی به حمایت های اقتصادی | | |
|  | تحصیلات و آموزش | | | |  | کمک حقوقی | | |
|  | پشتیبانی اشتغال | | | |  | نگهداری کودک | | |
|  | حمل ونقل | | | |  | بیمه سلامت شخصی و خانواده | | |
|  | سایر نیازها: | |  | |  | سایر نیازها: |  | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **نیاز شناسایی شده:** | |  | | | | | | |
| **منابع اجتماعی** | | | | | | | | |
| نام منبع | | | | نشانی  (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | | | | معلومات تماس |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام کوتاه مدت: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| برنامه اقدام بلندمدت: | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| امضاها |
| امضای شرکت کننده یا شناسه تعامل امضای تلیفونی |
| امضای نماینده سازمان W-2 |
| معلومات تماس سازمان W-2: |