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

**د ملاتړي خدماتو پلان**

SUPPORTIVE SERVICE PLAN

هغه شخصي معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ممکن د ثانوي موخو لپاره وکارول شي [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوم – ګډون کوونکی | | د فورمه ډکولو نیټه |
| نوم – W-2 کارګر | نوم – اداره | |
|  | | |
| دا زما د ملاتړي خدماتو پلان دی چې W-2 کارکونکي،      ، او ما جوړ کړی دی. دا پلان د سرچینو او خدماتو په اړه معلومات ورکوي چې زما کورنۍ او زه ممکن اوس یا په راتلونکي کې ځینې وخت ته اړتیا ولري. زه پوهیږم چې دا پلان د معلوماتو پراساس دی چې ما د خپل کارمند سره شریک کړی دی.  زه پوهیږم چې زه کولی شم هر وخت د W-2 ادارې سره اړیکه ونیسم:   * زما د ملاتړي خدماتو پلان تازه کولو لپاره؛ * د نورو اړینو سرچینو موندلو لپاره؛ یا * د W-2 لپاره بیا غوښتنه کولو لپاره (او د تمدید لپاره بیاکتنه وشي که زه د خپل 48 میاشتني وخت حد ته رسیدلی یم.)   زه پوهیږم چې د W-2 اداره هم کولی شي زما سره د دې لپاره غوښتنه کولو یا راجع کولو کې مرسته وکړي:   * **FoodShare Wisconsin:** FoodShare د W-2 څخه مختلف قواعد لري او د وخت محدودیت نلري. * **Medicaid / BadgerCare Plus:** دا پروګرامونه د W-2 څخه مختلف قواعد لري او د وخت محدودیت نلري. * **Heating Assistance (د تودوخې مرسته)** (د Wisconsin کور انرژي مرستې پروګرام په نوم هم پیژندل کیږي). * **Wisconsin د ماشومانو د پاملرنې سبسایډي پروګرام شریکوي:** دا پروګرام د وړ کورنیو لپاره دی چې په کار، کار پورې اړوند، یا د ښوونځي / روزنې فعالیتونو کې دي. د Wisconsin ونډې د وخت محدودیت نلري. * **بیړنۍ مرسته ((Emergency Assistance:** که تاسو بې کوره یاست؛ یا تاسو یو خبرتیا لرئ چې تاسو ته ویل کیږي چې تاسو به د کرایې نه ورکولو له امله ایستل کیږئ؛ یا که تاسو د اور، سیلاب، طبیعي پیښو یا د انرژۍ بحران له امله د کور بیړني حالت ولرئ، تاسو ممکن د دې اړتیا سره د مرستې ترلاسه کولو وړ یاست. * **زما په ټولنه کې د کار نور پروګرامونه:** تاسو کولی شئ پروګرامونه ومومئ لکه مسلکي بیا رغونه، د لویانو او ځوانانو زده کړې او نور خدمتونه چې د کارګرانو او هغو کسانو لپاره شتون لري چې د Wisconsin د کار په مرکز کې د کار په لټه کې دي. که تاسو لیوالتیا لرئ، د دې پروګرامونو په اړه د W-2 کارګر څخه پوښتنه وکړئ. * **زما په ټولنه کې نورې ګټورې سرچینې:** (د بیلګې په توګه، د خوړو پینټري، بې کوره سرپناه، طبي خدمتونه، د کورني ناوړه ګټه اخیستنې خدمت چمتو کونکي، او نور). | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **لاندې ساحې زما د ملاتړي خدماتو پلان لپاره د اړتیاو په توګه پیژندل شوي:** | | | | | | | | |
|  | بیړني اړتیاوې (د بیلګې په توګه، د خوړو پینټري، جامې، او نور) | | | |  | هستوګنې | | |
|  | د کورنۍ بودیجه / د پیسو مدیریت | | | |  | اقتصادي ملاتړ ته لاس رسی | | |
|  | ښوونه او روزنه | | | |  | قانوني مرسته | | |
|  | د کارموندنې ملاتړ | | | |  | د ماشوم پالنه | | |
|  | ترانسپورت | | | |  | شخصي او کورنۍ روغتیا پاملرنه | | |
|  | نورې اړتیاوې: | |  | |  | نورې اړتیاوې: |  | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **پیژندل شوې اړتیا:** | |  | | | | | | |
| **د ټولنې سرچینې** | | | | | | | | |
| د سرچینې نوم | | | | پته  (کوڅه، ښار، ایالت، زپ کوډ) | | | | د اړیکې معلومات |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| د عمل لنډ مهاله پلان: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| د عمل اوږد مهاله پلان: | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **لاسلیکونه** |
| د ګډون کونکي لاسلیک یا د تلیفوني لاسلیک متقابل عمل ID |
| د W-2 ادارې نماینده لاسلیک |
| د W-2 ادارې د اړیکو معلومات: |