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

**Plan de Servicios de Apoyo**

SUPPORTIVE SERVICE PLAN

La información personal que proporciona puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del participante      | Fecha en que se llenó el formulario      |
| Nombre del trabajador de W-2      | Nombre de la agencia      |
|  |
| Este es el Plan de Servicios de Apoyo que el trabajador de W-2,      , y yo hemos hecho. Este plan proporciona información acerca de los recursos y servicios que mi familia y yo podríamos necesitar ahora o en el futuro. Sé que este plan se basa en información que he compartido con el trabajador de mi caso.Sé que puedo comunicarme con la agencia W-2 en cualquier momento:* para actualizar mi Plan de Servicios de Apoyo;
* encontrar otros recursos necesarios; o
* volver a solicitar servicios W-2 (y que se reconsidere una extensión si he alcanzado mi límite de 48 meses).

Sé que la agencia W-2 también puede derivarme a los siguientes programas o ayudarme a volver a solicitarlos:* **FoodShare Wisconsin:** FoodShare tiene distintas reglas que W-2 y no tiene un límite de tiempo.
* **Medicaid / BadgerCare Plus:** Estos programas tienen distintas reglas que W-2 y no tienen un límite de tiempo.
* **Asistencia para calefacción** (también conocido como Programa de Asistencia de Wisconsin con la Energía).
* **Programa de subsidio para cuidado de Niños Wisconsin Shares:** Este programa es para familias elegibles que están en actividades laborales, actividades relacionadas con el trabajo o actividades de educación/capacitación. Wisconsin Shares no tiene un límite de tiempo.
* **Asistencia de emergencia:** Si usted no tiene hogar, ha recibido una notificación de que lo van a desalojar por no pagar el alquiler o tiene vivienda de emergencia debido a incendio, inundación, desastre natural o crisis de energía, podría ser elegible para recibir ayuda con esta necesidad.
* **Otros programas de empleo en mi comunidad:** Puede encontrar programas tales como Rehabilitación Vocacional, Aprendizaje para Adultos y Jóvenes y otros servicios para trabajadores y aquellos que buscan trabajo en un Centro de Trabajo de Wisconsin. Si está interesado, hable con un trabajador de W-2 sobre estos programas.
* **Otros recursos útiles en mi comunidad:** (por ejemplo, distribución de alimentos para personas necesitadas, refugios para personas sin hogar, servicios médicos, proveedores de servicios para violencia doméstica, etc.).
 |

|  |
| --- |
| **Las siguientes áreas se identificaron como necesidades para mi Plan de Servicios de Apoyo:** |
| [ ]  | Necesidades de emergencia (es decir, distribución de alimentos, ropa, etc.) | [ ]  | Vivienda |
| [ ]  | Preparación de presupuesto doméstico / manejo del dinero | [ ]  | Acceso a apoyo económico |
| [ ]  | Educación y capacitación | [ ]  | Asistencia legal |
| [ ]  | Apoyo laboral | [ ]  | Cuidado de niños |
| [ ]  | Transporte | [ ]  | Atención médica personal y familiar |
| [ ]  | Otra necesidad: |       | [ ]  | Otra necesidad: |       |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
|  |
| **NECESIDAD IDENTIFICADA:** |       |
| **Recursos de la comunidad** |
| Nombre del recurso | Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Información de contacto |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan de acción de corto plazo:      |
|  |
| Plan de acción de largo plazo:      |
| **FIRMAS** |
| Firma del participante o ID de Interacción de la firma telefónica      |
| Firma del representante de la agencia W-2      |
| Información de contacto de la agencia W-2:      |