**REP**

**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Family and Economic Security

#  Wisconsin Works (W-2) والبرامج ذات الصلة

**تفويض الممثل المشارك**

# WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS AUTHORIZATION OF PARTICIPANT REPRESENTATIVE

**قد يتم استخدام المعلومات الشخصية التي تقدمها لأغراض ثانوية** [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wis. Stats.]

يجب على الشخص الذي أكمل نموذج طلب البرامج ذات الصلة إكمال هذا النموذج.

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الوكالة      | رقم هاتف الوكالة      |
| اسم الحالة      | رقم الحالة      |

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم - الممثل المفوض (الأخير، الأول، الأوسط)      | رقم هاتف الممثل المفوض      |
| عنوان الممثل المفوض (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)      |

أفوض      (اسم الممثل المفوض المذكور أعلاه) لتمثيلي في طلبي / المراجعة الخاصة بي أو المساعدة النقدية للاجئين، كما أفوض ممثلي بتقديم المعلومات والوثائق التي قد تكون ضرورية لإثبات أهليتي وسأقدم للمثل المفوض التابع لي كافة المعلومات الصحيحة والحقيقة على حد علمي. أنا والممثل المفوض التابع لي نتفهم العقوبات المطبقة على تقديم معلومات احتيالية. أفهم أنني قد أكون غير مؤهل للمشاركة لمدة 10 سنوات إذا تبين أنني قدمت بيانًا كاذبًا أو قدمت بيانات خاطئة عن هويتي أو إقامتي من أجل تلقي دفعات متعددة، قد يتم مقاضاتي بتهمة الاحتيال إذا قمت عن قصد بالإدلاء ببيانات كاذبة لتلقي مدفوعات.

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع مقدم الطلب **أو مُعرِّف تفاعل التوقيع الهاتفي**      | تاريخ توقيع الطلب      |

بصفتي ممثلًا مفوضًا، أفهم أنني أمثل مقدم الطلب المذكور أعلاه عن الأهلية وأن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية على حد علمي.

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع الممثل المفوض **أو مُعرِّف تفاعل التوقيع الهاتفي**      | تاريخ توقيع الممثل المفوض      |