**تقاضانامه برنامه کاریابی(W-2) ویسکانسین و برنامه های مرتبط**

WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS APPLICATION

**درخواست کدام برنامه‌ها را دارید؟** (همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید)

**برنامه W-2**  **قرضه دسترسی شغلی**  **کمک هزینه نگهداری کودک**  **کمک هزینه نقدی پناهندگی (RCA)**

**نحوه تکمیل این فرم "تقاضانامه"**

1. از خودکار آبی یا سیاه استفاده کنید.
2. در قسمت های سایه خورده چیزی ننویسید.
3. تقاضانامه را کامل پر کنید، اما پیش از ملاقات با عضوی از پرسنل سازمان، آن را امضا نکنید.
4. اگر به فضای بیشتری نیاز داشتید، از برگه های کاغذ اضافی استفاده کنید.
5. اگر برای پر کردن این فرم "تقاضانامه" به کمک نیاز دارید، با سازمان محلی فهرست‌شده در "بخش I" این تقاضانامه تماس بگیرید. اگر معلول هستید و نیازمند دسترسی به این تقاضانامه در قالب دیگری هستید یا اگر نیاز دارید به زبان دیگری ترجمه شود، با سازمان محلی فهرست شده در "بخش I" این تقاضانامه تماس بگیرید. این خدمات ترجمه رایگان است.

**آیا اسناد زیر را دریافت کردید؟** لطفاً آنها را بخوانید و برای استفاده در آینده نگهداری کنید.)

* حقوق و مسئولیت های ثبت نام – راهنمای کمکی (DCF-P-DWSP398)
* موافقتنامه مشارکت W-2 (DCF-F-DWSP10755-E) (فقط متقاضیان W-2 و RCA)

**آیا فقط برای نگهداری کودک درخواست می دهید؟** اگر بله، می توانید "بخش VIII، قسمت 2؛ بخش VIII، تاریخچه استخدام؛ و بخش IX" را نادیده بگیرید.

ممکن است از اطلاعات شخصی که ارائه می دهید برای اهداف فرعی استفاده شود. مطابق [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes] و Wisconsin Statutes 49.145 (2)(k). ارائه شماره تأمین اجتماعی (SSN) الزامی است. ممکن است تأیید اعتبار SSN شما از طریق برنامه های مطابقت دهنده کمپیوتری انجام شود و از آن برای نظارت بر پیروی از مقررات برنامه و مدیریت برنامه استفاده شود. ممکن است SSN شما به منظور بررسی رسمی، نزد سایر سازمان های فدرال و ایالتی افشا شود. اگر شماره تأمین اجتماعی خود را ارائه ندهید، تقاضانامه مزایای شما رد خواهد شد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Section I: W-2 agency, county or tribal human/social services agency Information** (To be filled out by the agency only)  DWSW-2471 (R. 03/2005) | | | |
| Agency Name | Agency Telephone Number | | Date Received |
| Agency Address (Street, City, State, Zip Code) | | Case Name | Case Number |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بخش :II فرد تکمیل کننده تقاضانامه، در صورتی که فردی غیر از متقاضی است** (اگر برای تکمیل این تقاضانامه به کمک نیاز دارید، می توانید از فرد دیگری کمک بگیرید یا یا یک نماینده قانونی تعیین کنید تا نماینده شما در فرایند تقاضا باشد. سپس از آن فرد بخواهید به پرسش های زیر پاسخ دهد. در غیر این صورت، مستقیماً به "بخش III" بروید). | | |
| نام فرد تکمیل کننده تقاضانامه (اگر غیر از متقاضی است) | نسبت با متقاضی | شماره تلفن |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بخش :III اطلاعات متقاضی** | | | |
| نام متقاضی | شماره تلفن منزل متقاضی | | |
| نام خانوادگی پدری یا سایر نام های مورد استفاده متقاضی | شماره تلفن محل کار متقاضی | شماره تلفن دیگری که امکان تماس با متقاضی را داشته باشد | |
| آدرس محل سکونت متقاضی | شهر | ایالت | کد زیپ |
| آدرس پستی متقاضی (در صورت یکی نبودن) | زبانی را که مایلید اطلاعیه های برنامه به آن زبان چاپ شوند علامت بزنید:  انگلیسی  اسپانیایی | زبان اصلی که در خانه شما صحبت می شود؟ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش :IV اطلاعات خانواده** | | | | | | | | | | | | | |
| اسامی همه افرادی را که در خانواده شما زندگی می کنند بنویسید (ابتدا نام خودتان را بنویسید)  نام (نام خانوادگی، نام کوچک، حروف اول نام میانی) | آیا تقاضای مساعدت برای این فرد را دارید؟ | شماره تأمین اجتماعی  (فقط افرادی که مشمول تقاضا هستند) | تاریخ تولد  (ماه/روز/سال همراه با قرن)  *نمونه*: 09/08/1965 | جنسیت  م – مرد  ز – زن | | | وضعیت تأهل (حالت مدنی) | شهروند ایالات متحده یا اتباع خارجی قانونی  (فقط افرادی که مشمول تقاضا هستند) | قومیت\*  (اختیاری) | نژاد\*\* (اختیاری) | نسبت با متقاضی  *نمونه*:  پدر، مادر، دوست پسر، پسر، دختر، دوست | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  | متقاضی | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
|  | بله  خیر |  |  | مرد  زن | | | متأهل  مجرد  مطلقه | بله  خیر |  |  |  | | |
| \*برای ***قومیت***، اگر هیسپنیک یا لاتینو هستید، در کادر مربوطه بنویسید، در غیر این صورت، خالی بگذارید  \*\*برای ***نژاد***، هر کدام از موارد زیر را که صدق می کند وارد کنید: آسیایی، سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی، سرخ پوست بومی آمریکا یا بومی آلاسکا، بومی هاوایی یا سایر جزایر پاسفیک، سفید پوست | | | | | | | | | | | | | |
| **بخش :V اطلاعات غیرمالی** | | | | | | | | | | | | |
| آیا پدر/مادر کودک (های) زیر سن 18 سال هستید؟ | | | | | بله  خیر | آیا کودک (های) شما با شما زندگی می کنند؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا سن شما 18 سال یا بالاتر است؟ | | | | | بله  خیر | آیا حضانت قانونی کودکی (هایی) که با شما زندگی می کند را بر عهده دارید؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا ظرف شش (6) ماه گذشته، شغلی را رد کرده اید یا از شغلی استعفا داده اید؟ | | | | | بله  خیر | آیا در حال حاضر "درآمد امنیت تکمیلی" (SSI) یا "بیمه توان یابی تامین اجتماعی"(SSDI) دریافت می کنید؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا در شش(6) ماه گذشته، درW-2 شرکت کرده اید؟ | | | | | بله  خیر | آیا جزو کارگران مهاجر در ویسکانسین هستید؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا فردی از اعضای خانواده شما مجرم فراری است که از محاکمه خودداری می کند یا از شروط آزادی مشروط یا تعلیق نظارتی تخلف کرده است یا از تاریخ 22 اوت 1996 به بعد محکوم به جرم مواد مخدر بوده است؟  اگر بله، نام آنها را بنویسید: | | | | | بله  خیر | آیا باردار هستید؟  اگر بله، تاریخ زایمان شما چیست؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا فرد دیگری در خانواده شما وجود دارد که پرداخت های W-2 دریافت می کند؟ | | | | | بله  خیر | آیا قصد دارید همچنان در ویسکانسین زندگی کنید؟ | | | | | | بله  خیر |
| آیا در حال اعتصاب در شغل خاصی هستید؟  اگر بله، اعتصاب از چه زمانی شروع شده است؟ | | | | | بله  خیر |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش :VI اطلاعات والدین غایب** | | | | | |
| آیا کودکی دارید که والد(ین) تنی یا ناتنی او در خانه شما زندگی نمی کند؟ بله خیر (اگر خیر، مستقیماً به "بخش VII" بروید) | | | | | |
| نام والدین غایب | شماره تأمین اجتماعی (فقط در صورت موجود بودن) | تاریخ تولد  (ماه/روز/سال) | نام (های) کودک (ها) | | نسبت با کودک |
| دلیل غیبت والدین | | تاریخی که والدین خانواده را ترک کردند | تاریخ آخرین تماس با والدین | نسبت پدری اثبات شده است  بله  خیر | |
| نام والدین غایب | شماره تأمین اجتماعی (فقط در صورت موجود بودن) | تاریخ تولد  (ماه/روز/سال) | نام (های) کودک (ها) | | نسبت با کودک |
| دلیل غیبت والدین | | تاریخی که والدین خانوار را ترک کردند | تاریخ آخرین تماس با والدین | نسبت پدری اثبات شده است  بله  خیر | |
| نام والدین غایب | شماره تأمین اجتماعی (فقط در صورت موجود بودن) | تاریخ تولد  (ماه/روز/سال) | نام (های) کودک (ها) | | نسبت با کودک |
| دلیل غیبت والدین | | تاریخی که والدین خانواده را ترک کردند | تاریخ آخرین تماس با والدین | نسبت پدری اثبات شده است  بله  خیر | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش :VII اطلاعات مالی** | | | | | | | | | | | | | |
| **قسمت :1 درآمد خانوار** | | | | | | | | | | | | | |
| **آیا فردی در خانواده شما درآمد شغلی دریافت می کند؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | | | | | | | | | | |
| **عضو خانواده** | | | **کار فرما** | | | | | **هر چند وقت حقوق دریافت می کنید**  **(هفتگی، دوهفتگی، ماهانه، نیمه ماهانه)؟** | | | | **مبلغ ناخالص** | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
| **آیا فردی در خانواده شما خود اشتغالی (وظیفه شخصی) دارد یا مزرعه‌ دار است؟** بله خیر (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع کسب و کار** | | | | | | **درآمد ناخالص سالانه** | | | | | | | |
|  | | | | | | $ | | | | | | | |
|  | | | | | | $ | | | | | | | |
| **آیا فردی در خانواده شما درآمد تحصیل نشده دریافت می کند (مانند نفقه فرزند، ارث، بازنشستگی، خیریه)؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع درآمد** |  | **چه کسی دریافت می کند؟** | | **مبلغ ماهانه ناخالص** | **قرار است ادامه داشته باشد؟** | | **نوع درآمد** | |  | **چه کسی دریافت می کند؟** | **مبلغ ماهانه ناخالص** | | **قرار است ادامه داشته باشد؟** |
| درآمد امنیت تکمیلی (SSI) (SSI) | بله  خیر |  | | $ | بله  خیر | | حقوق مرخصی استعلاجی/توان‌یابی | | بله  خیر |  | $ | | بله  خیر |
| درآمد توان یابی تأمین اجتماعی (SSDI) | بله  خیر |  | | $ | بله  خیر | | سود/سود تقسیمی | | بله  خیر |  | $ | | بله  خیر |
| نفقه فرزند/همسر | بله  خیر |  | | $ | بله  خیر | | مزایای کهنه سربازان | | بله  خیر |  | $ | | بله  خیر |
| غرامت بیکاری/کارگران | بله  خیر |  | | $ | بله  خیر | | سایر درآمدها (توضیح دهید) | | بله  خیر |  | $ | | بله  خیر |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **قسمت :2 دارایی ها** (متقاضیان منحصر نگهداری کودک می توانند این بخش را نادیده بگیرند) | | | | |
| **آیا فردی در خانواده شما صاحب انواع دارایی های زیر است (از قبیل پول نقد، حساب پس انداز یا چک، غیره)؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | |
| **نوع دارایی (ها)** | **نام صاحب (های) دارایی** | **ارزش نقدی/جاری** | **توضیح (مثلاً نام بانک/مؤسسه مالی، شماره حساب)** | |
| پول نقد |  | $ |  | |
| حساب چک |  | $ |  | |
| حساب پس‌انداز |  | $ |  | |
| بیمه عمر |  | $ |  | |
| سایر (سهام، اوراق قرضه، گواهی واریز، IRA، تراست): |  | $ |  | |
| **آیا فردی در خانواده شما صاحب خودرو (موتر) است؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | |
| **نوع (سواری، کامیون (باربری)، سایر)** | **سال/برند/مدل** | | **مبلغ بدهی باقی مانده** | |
|  |  | | $ | |
|  |  | | $ | |
| **آیا فردی در خانواده شما صاحب ملک است؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | | | |
| **نوع: (مسکونی یا سایر)** | **آدرس** | | **ارزش تخمینی** | **مبلغ بدهی باقی مانده** |
|  |  | | $ | $ |
|  |  | | $ | $ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بخش :VIII اطلاعات اشتغال** | | |
| **آیا در حال حاضر شاغل هستید؟**  بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به سؤال بعد بروید) | | |
| **اشتغال فعلی** | | |
| کارفرمای فعلی | آدرس خیابان کارفرما | |
| عنوان شغلی شما | شهر، ایالت، کد زیپ کارفرما | |
| وظایف شغلی شما: | تاریخ شروع | آیا تحت پوشش بیمه سلامت هستید؟  بله  خیر |
| دستمزد  $ | ساعت/هفته |
| **اگر در حال حاضر شاغل نیستید، آیا در گذشته شاغل بوده اید؟** بله  خیر  (اگر خیر، مستقیماً به "بخش IX" بروید) | | |
| **تاریخچه اشتغال** (متقاضیان منحصر نگهداری کودک می توانند مستقیماً به "بخش X" بروند) | | |
| کارفرمای قبلی | آدرس خیابان کارفرما | |
| عنوان شغلی شما | شهر، ایالت، کد زیپ کارفرما | |
| وظایف شغلی شما: | تاریخ شروع | تاریخ پایان |
| دستمزد  $ | ساعت/هفته |
| دلیل ترک | |
| کارفرمای قبلی | آدرس خیابان کارفرما | |
| عنوان شغلی شما | شهر، ایالت، کد زیپ کارفرما | |
| وظایف شغلی شما: | تاریخ شروع | تاریخ پایان: |
| دستمزد  $ | ساعت/هفته |
| دلیل ترک | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| کارفرمای قبلی | | آدرس خیابان کارفرما | | |
| عنوان شغلی شما | | شهر، ایالت، کد زیپ کارفرما | | |
| وظایف شغلی شما: | | تاریخ شروع | | تاریخ پایان |
| دستمزد  $ | | ساعت/هفته |
| دلیل ترک | | |
| **لطفاً به پرسش های زیر در ارتباط با اشتغال پاسخ دهید:** | | | | |
| آیا تاکنون به عنوان داوطلب یا به صورت خوداشتغالی مشغول به کار بوده اید؟ بله  خیر  (اگر بله، لطفاً توضیح دهید) | | | | |
| آیا گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟  بله  خیر | آیا بيمه خودرو دارید؟  بله  خیر | | آیا وسیله نقلیه برای رفت و آمد به سر کار دارید؟ بله  خیر  (اگر بله، چه نوع وسیله نقلیه ای دارید؟) | |
| در حال حاضر، آمادگی چه نوع شغلی را دارید؟ | | | | |
| آیا مسئله ای وجود دارد که بتواند مانع کار کردن شما و تأمین معاش خانواده‌تان بشود؟ بله خیر (اگر بله، لطفاً توضیح دهید): | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **بخش :IX اطلاعات تحصیلی و آموزشی** (متقاضیان منحصر نگهداری کودک می توانند این بخش را نادیده بگیرند) | |
| بالاترین سطح تحصیلی: | |
| مقاطع ابتدایی (آخرین مقطع تکمیل شده   )  کسب دیپلم دبیرستان  GED/HSED کسب شده | کالج فنی (اگر بله، مدرک یا گواهینامه کسب شده      )  مقداری کالج فنی (اگر بله، دوره آموزشی      )  دانشگاه/کالج (اگر بله، مدرک یا گواهینامه کسب شده      )  مقداری دانشگاه/کالج (اگر بله، دوره آموزشی      ) |
| چه آموزش ها یا مهارت های دیگری دریافت کرده اید، برای مثال، آموزش Microsoft Office، ورود داده، تایپ و سایر آموزش های مهارت های رایانه ای؟ (ذکر کنید که آموزش را به پایان رسانده اید یا خیر و زمان و مکان اتمام آموزش را قید کنید) | |

**توجه: تا زمانی که با یکی از نمایند گان سازمان ملاقات نکرده اید، دو بخش بعدی را امضا نکنید یا حروف اول اسم خود را درج نکنید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بخش :X هر یک از بیانیه های زیر را بخوانید و حروف اول اسم خود را درج کنید.** (حروف اول اسم خود را فقط در حضور نماینده سازمان درج کنید) | | |
| **تأییدیه:** من به سازمان W-2، سازمان خدمات اجتماعی/انسانی قبیله ای یا شهرستان وDepartment of Workforce Development اجازه می دهم که هر گونه اطلاعاتی را که برای اجرای صحیح برنامه W-2 لازم یا مناسب است درخواست دهند و دریافت کنند. منابع اطلاعاتی ممکن است شامل اما نه محدود باشد بهInternal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division, وDepartment of Transportation. همچنین، واقف هستم که تمامی افراد، شامل هر گونه نهاد مالی، سازمان گزارش اعتبار، کارفرما یا نهاد آموزشی اجازه دارند این اطلاعات را پیرو Wisconsin Statute, s.49.22(2m) منتشر کنند و s.49.143(5)(a).  **افشا/رضایت:** واقف هستم که ممکن است اطلاعات مربوط به دستمزدها و شغل قبلی که از سوابق برنامه "بیمه بیکاری" گرفته شده است، به منظور تأیید صحت اطلاعات ارائه شده در این تقاضانامه، با سازمان مربوطه (که ممکن است سازمان دولتی یا خصوصی باشد) به اشتراک گذاشته شود.  **جریمه های مربوط به اطلاعات نادرست:** من پرسش‌ها و بیانیه های موجود در این فرم تقاضانامه را می فهمم. من جریمه های مربوط به ارائه اطلاعات نادرست یا نقض قوانین را درک می کنم. تحت جریمه قانون، گواهی می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، پاسخ های من صحیح و کامل هستند، شامل اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرت هر کدام از افرادی که تقاضای مساعدت دارند. واقف هستم و موافقت می کنم که اگر از من درخواست شود مدارکی را برای اثبات اظهاراتم ارائه دهم، ظرف هفت (7) روز کاری پس از این درخواست، مدارک مربوطه را ارائه دهم. واقف هستم که ممکن است سازمان محلی به منظور تهیه مدارک لازم برای اثبات صلاحیت من و سطح مزایا، با افراد یا سازمان های دیگر تماس بگیرد.  من "حقوق و مسئولیت ها – راهنمای کمکی"(DCF-P-DWSP398) (فقط متقاضیان W-2، RCA و منحصر نگهداری کودک) را دریافت کرده ام و به آن واقف هستم  من فرم موافقتنامه مشارکت(DCF-F-DWSP10755-E) (فقط متقاضیان W-2) را دریافت کرده ام و به آن واقف هستم | | |
| **بخش :XI امضا** (فقط در حضور نماینده سازمان امضا کنید) | | |
| امضای متقاضی یا شناسه تعامل امضای تلفنی | تاریخ امضا | |
| فرد بزرگسال دیگر در خانواده | تاریخ امضا | |
| فرد بزرگسال دیگر در خانواده | تاریخ امضا | |
| امضای نماینده قانونی *(فرم* ***اجازه نامه نماینده فرد شرکت کننده***  *(DCF-F-DWSP2375-E) نیز باید تکمیل شود)* | تاریخ امضا | |
| امضای پرسنل سازمان | تاریخ امضا | |
| **شما می توانید نسخه ای از تقاضانامه امضا شده خود را درخواست کنید.** | | |
| **CASE COMMENTS**  (To be filled out by the agency only.) | | |