**Заява на участь у програмі Wisconsin Works (W-2) і пов’язаних програм**

WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS APPLICATION

**На які програми ви подаєте заяву?** (Відмітьте всі відповідні варіанти)

**Програма** **W-2**  **Кредит на доступ до роботи**  **Допомога по догляду за дитиною**  **Грошова допомога біженцям**

**(Refugee Cash Assistance, RCA)**

**Як заповняти цей бланк заяви**

1. Використовуйте сині або чорні чорнила.
2. Не пишіть в затінених полях.
3. Заповніть цю заяву повністю, але не підписуйте її, поки не зустрінетеся зі співробітником агентства.
4. Якщо вам потрібно більше місця, скористайтеся додатковими аркушами.
5. Якщо вам потрібна допомога у заповненні цього бланку заяви, зверніться до місцевого агентства, зазначеного в розділі I цієї заяви. Якщо у вас є інвалідність і вам потрібен доступ до цього додатка в альтернативному форматі або вам потрібен його переклад на іншу мову, зверніться в місцеве агентство, вказане в розділі I цього додатка. Послуги з перекладу надаються безкоштовно.

**Чи отримали ви наступні документи?** Прочитайте їх і збережіть для подальшого використання.

* Права та обов’язки – Довідковий посібник (DCF-P-DWSP398)
* Угода про участь у програмі W-2 (DCF-F-DWSP10755-E) (Тільки для заявників W-2 і RCA)

**Ви подаєте заявку лише на догляд за дитиною?** Якщо так, ви можете пропустити розділ VIII частини 2; розділ VIII, Історія працевлаштування; і розділ IX.

Особиста інформація, яку ви надаєте, може бути використана для другорядних цілей [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. Надання вашого номера соціального страхування (SSN) є обов’язковою умовою відповідно до Wisconsin Statutes 49.145 (2)(k). Ваш SSN може бути перевірений за допомогою комп’ютерних програм зіставлення і може використовуватися для контролю дотримання правил програми та управління програмою. Ваш SSN може бути переданий іншим федеральним агентствам і агентствам штату для офіційної перевірки. Якщо ви не вкажете свій номер соціального страхування, ваша заява на отримання допомоги буде відхилена.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |
| **Розділ II: Особа, Яка Заповнює Заяву, Якщо Не Заявник** (якщо вам потрібна допомога у заповненні цієї заяви, ви можете попросити іншу особу допомогти вам або призначити уповноваженого представника, який представлятиме вас у процесі подання заяви. попросіть цю людину відповісти на наступні питання. якщо це вас не стосується, перейдіть до розділу iii). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ім’я особи, яка заповнює заяву (якщо вона не є заявником) | | | | | | | | | | | | | | | Відношення до заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Номер телефону | | | | | | | |
| **Розділ III: Інформація Про Заявника** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ім’я заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Домашній номер телефону заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дівоче або інше прізвище заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Робочий номер телефону заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Інший номер телефону, за яким можна зв’язатися із заявником | | | | | | | | | | | | | | | | | | Адреса проживання заявника | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Місто | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | | Поштовий індекс | | | | | | | Поштова адреса заявника (якщо відрізняється) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Відмітьте мову, на якій буде надруковано сповіщення про програму:  Англійська  Іспанська | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Основна мова, якою розмовляють у вашому домі? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ IV: Інформація Про Домогосподарство** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Перерахуйте імена всіх людей, які входять до складу вашого домогосподарства (почніть з себе).  Ім’я (прізвище, ім’я, по батькові) | Чи звертаєтеся ви за допомогою для цієї людини? | | | Номер соціального страхування (Тільки особа, яка подає заявку) | | | | | Дата народження  (ММ/ДД/РРРР)  *Приклад*: 09/08/1965 | | | | Стать  Ч–Чоловік  Ж–Жінка | | | | | | Сімейний стан | | | | | | | | | | Громадянин США або кваліфікований іноземець (Тільки особа, яка подає заявку) | | | | | | | | Етнічна приналежність\* (Необов’язково) | | | | | Раса \*\* (Необов’язково) | | | | | | | | Відношення до заявника  *Приклад*: Батько/матір, хлопець, син, дочка, друг | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | заявник | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | Так  Ні | | |  | | | | |  | | | | Ч  Ж | | | | | | Одружений(-а)  Неодружений(-а)  Розлучений(-а) | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| \*Щодо ***етнічності***: якщо у вас латиноамериканське походження або ваша рідна мова іспанська, вкажіть це в зазначеному полі, в іншому випадку залиште поле порожнім  \*\*Щодо ***раси***, вкажіть будь-яку з відповідних: азіатська раса, темношкірний(-а) або афроамериканець(-ка), американський індіанець(-ка) або уродженець(-ка) Аляски, уродженець(-ка) Гаваїв або інших тихоокеанських островів, біла раса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ V: Нефінансова Інформація** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Чи є ви батьком/матір’ю дитини у віці до 18 років? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Ваша дитина живе з вами? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Вам 18 років або більше? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Чи є ви законним опікуном будь-якої дитини, що живе з вами? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Чи ви відмовлялися або звільнялися з роботи протягом останніх шести (6) місяців? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Чи отримуєте ви додатковий страховий дохід (SSI) або соціальне страхування по інвалідності (SSDI)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Чи брали ви участь у програмі W-2 за останні шість (6) місяців? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Ви трудовий мігрант у штаті Вісконсин? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Чи є серед членів вашого домогосподарства особа яка є злочинцем, що ховається від правосуддя, уникає судового переслідування, порушує умови випробувального терміну, умовно-дострокового звільнення або якого було засуджено за злочин, пов’язаний з наркотиками, з 22 серпня 1996 року?  Якщо так, вкажіть ім’я або імена: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Ви вагітна?  Якщо так, то який у вас термін? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Чи отримує хто-небудь з членів вашого домогосподарства виплати W-2? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | | Ви маєте намір продовжувати жити у штаті Вісконсині? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | |
| Ви берете участь у робочому страйку?  Якщо так, то коли розпочався страйк? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Так  Ні | | | |
| **Розділ VI: Відомості про відсутніх батьків** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Чи є у кого-небудь з дітей рідні або прийомні батьки, які не проживають у домі?  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до розділу VII) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ім’я відсутнього батька/матері | | | | | | Номер соціального страхування (тільки за наявності) | | | | | | | | | | Дата народження (ММ/ДД/РР) | | | | | | | | | | | | | | Ім’я (імена) дитини (дітей) | | | | | | | | | | | | | Відношення до дитини | | | | | | | | | | |
| Причина відсутності батька/матері | | | | | | | | | | | | | | | | Дата, коли батько/матір покинув домогосподарство | | | | | | | | | | | | Дата останнього контакту з батьком/матір’ю | | | | | | | | | | | Батьківство встановлено  Так  Ні | | | | | | | | | | | | | | |
| Ім’я відсутнього батька/матері | | | | | | Номер соціального страхування (тільки за наявності) | | | | | | | | | | Дата народження  (ММ/ДД/РР) | | | | | | | | | | | | Ім’я (імена) дитини (дітей) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Відношення до дитини | | | | | | |
| Причина відсутності батька/матері | | | | | | | | | | | | | | | | Дата, коли батько/матір покинув домогосподарство | | | | | | | | | | | | Дата останнього контакту з батьком/матір’ю | | | | | | | | | | Батьківство встановлено  Так  Ні | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ім’я відсутнього батька/матері | | | | | | Номер соціального страхування (тільки за наявності) | | | | | | | | | | Дата народження  (ММ/ДД/РР) | | | | | | | | | | | | Ім’я (імена) дитини (дітей) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Відношення до дитини | | | | | | |
| Причина відсутності батька/матері | | | | | | | | | | | | | | | | Дата, коли батько/матір покинув домогосподарство | | | | | | | | | | | | Дата останнього контакту з батьком/матір’ю | | | | | | | | | | Батьківство встановлено  Так  Ні | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ VII: Фінансова Інформація** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Частина 1: Дохід Домогосподарства** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Чи отримує хто-небудь з членів вашого домогосподарства дохід від роботи?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Член домогосподарства** | | | | | | | | | | | **Роботодавець** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Як часто вам платять**  **(щотижня, раз на два тижні, щомісяця, раз на пів року)?** | | | | | | | | | | | | | | | **Загальна сума** | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | $ | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | $ | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | $ | |
| **Чи є хтось у домогосподарстві самозайнятим або володіє фермою?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Тип бізнесу** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Річний валовий дохід** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | |
| **Чи отримує хто-небудь з членів вашого домогосподарства незароблений дохід (наприклад, аліменти на дитину, SSI, спадок, пенсію, благодійні виплати)?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид доходу** | |  | **Хто його отримує?** | | | | | | | | | **Валова щомісячна сума** | | | | | **Очікується продовження?** | | | | | | **Вид доходу** | | | | | | | | |  | | | | **Хто його отримує?** | | | | **Валова щомісячна сума** | | | | | | | | | **Очікується продовження?** | | | | |
| Додатковий дохід від страхування (SSI) | | Так  Ні |  | | | | | | | | | $ | | | | | Так  Ні | | | | | | Допомога по інвалідності/хворобі | | | | | | | | | Так  Ні | | | |  | | | | $ | | | | | | | | | Так  Ні | | | | |
| Дохід від соціального страхування по інвалідності (SSDI) | | Так  Ні |  | | | | | | | | | $ | | | | | Так  Ні | | | | | | Відсотки/  Дивіденди | | | | | | | | | Так  Ні | | | |  | | | | $ | | | | | | | | | Так  Ні | | | | |
| Аліменти/аліменти на дитину | | Так  Ні |  | | | | | | | | | $ | | | | | Так  Ні | | | | | | Пільги ветеранів | | | | | | | | | Так  Ні | | | |  | | | | $ | | | | | | | | | Так  Ні | | | | |
| Компенсації працівникам/Допомога по безробіттю | | Так  Ні |  | | | | | | | | | $ | | | | | Так  Ні | | | | | | Інші доходи (Опишіть) | | | | | | | | | Так  Ні | | | |  | | | | $ | | | | | | | | | Так  Ні | | | | |
| **Частина 2: Активи** (Заявники Лише На Догляд За Дитиною Можуть Пропустити Цей Розділ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Чи володіє хто-небудь з членів вашого домогосподарства такими видами активів (наприклад, готівкові, поточні або ощадні рахунки і т. д.)?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Тип активу (активів)** | | | | | | | | **Ім’я власника (власників)** | | | | | | | | | | | | | **Поточна/**  **готівкова вартість** | | | | | | | | | | | | **Опис (наприклад, назва банку/фінансової установи, номер рахунку)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Готівка | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Поточний рахунок | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Накопичувальний рахунок | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Страхування життя | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Інше (акції, облігації, депозитні сертифікати, IRA, траст): | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Чи є у кого-небудь з членів вашого домогосподарства власний автомобіль?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Тип (легковий, вантажний, інший)** | | | | | **Рік випуску/марка/модель** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Заборгована сума** | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | |
| **Чи є у кого-небудь з членів вашого домогосподарства нерухомість?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Тип: (домашня або інша)** | | | | | | | | **Адреса** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Орієнтована вартість** | | | | | | | | | | | | **Заборгована сума** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | |
| **Розділ VIII: Інформація Про Зайнятість** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ви працевлаштовані станом на сьогодні?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до наступного питання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Поточна зайнятість** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Нинішній роботодавець | | | | | | | | | | | | | | Адреса роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваша посада | | | | | | | | | | | | | | Місто, штат, поштовий індекс роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваші посадові обов’язки: | | | | | | | | | | | | | | Дата початку | | | | | | | | | | | | Чи є у вас медичне страхування?  Так  Ні | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заробітна платня  $ | | | | | | | | | | | | Год./тиждень | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Якщо станом на сьогодні ви не працевлаштовані, чи була у вас робота в минулому?**  Так  Ні (Якщо ні, перейдіть до розділу IX) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Історія працевлаштування** (Заявники лише на догляд за дитиною можуть перейти до розділу X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Попередній роботодавець | | | | | | | | | | | | | | Адреса роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваша посада | | | | | | | | | | | | | | Місто, штат, поштовий індекс роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваші посадові обов’язки: | | | | | | | | | | | | | | Дата початку | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата останнього робочого дня | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заробітна платня  $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Год./тиждень | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Причина звільнення | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Попередній роботодавець | | | | | | | | | | | | | | Адреса роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваша посада | | | | | | | | | | | | | | Місто, штат, поштовий індекс роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваші посадові обов’язки: | | | | | | | | | | | | | | Дата початку | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата останнього робочого дня | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заробітна платня  $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Год./тиждень | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Причина звільнення | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Попередній роботодавець | | | | | | | | | | | | | | Адреса роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваша посада | | | | | | | | | | | | | | Місто, штат, поштовий індекс роботодавця | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ваші посадові обов’язки: | | | | | | | | | | | | | | Дата початку | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата останнього робочого дня | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заробітна платня  $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Год./тиждень | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Причина звільнення | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дайте відповідь на наступні питання, пов’язані з працевлаштуванням:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ви коли-небудь займались волонтерством або працювали на себе?  Так  Ні (Якщо так, опишіть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Чи є у вас дійсні водійські права?  Так  Ні | | | | | | | Чи є у вас страхування автомобіля?  Так  Ні | | | | | | | | | | | | | Чи є у вас транспорт, щоб дістатися до роботи?  Так  Ні  (Якщо так, то який вид транспорту у вас є?) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| До якого типу роботи ви готові зараз? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Чи є щось, що могло б перешкодити вам працювати та утримувати свою сім’ю?  Так  Ні (Якщо так, поясніть): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ IX: Інформація Про Освіту Та Професійну Підготовку** (Заявники Лише На Догляд За Дитиною Можуть Пропустити Цей Розділ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найвищий рівень освіти: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Середня школа (останній закінчений клас   )  Отримано атестат про середню освіту  Отримано GED/HSED | | | | | | | | | | Технічний коледж (якщо так, то отриманий ступінь або диплом      )  Незакінчений технічний коледж (якщо так, укажіть останній закінчений курс      )  Університет/інститут(якщо так, то отриманий ступінь або диплом      )  Незакінчений університет/інститут (якщо так, укажіть останній закінчений курс      ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Яку додаткову підготовку чи навички ви отримали, наприклад навчання програми Microsoft Office, введення даних, набір тексту та інші навички роботи з комп’ютером? (Вкажіть, коли, де і чи закінчили ви навчання) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Примітка: не ставте ініціали і не підписуйте наступні два розділи, поки не зустрінетеся з представником агентства.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ X: Прочитайте та поставте свої ініціали напроти кожного твердження нижче.** (СТАВТЕ ІНІЦІАЛИ ТІЛЬКИ В ПРИСУТНОСТІ ПРЕДСТАВНИКА АГЕНТСТВА) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПЕРЕВІРКА:** Я дозволяю окружному агентству з надання соціальних послуг W-2 і Department of Workforce Development запитувати і отримувати будь-яку інформацію, яка доречна і необхідна для належного адміністрування програми W-2. Джерела інформації можуть включати, але не обмежуватися, Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division, та Department of Transportation. Я також розумію, що будь-яка особа, включаючи будь-яку фінансову установу, агентство кредитної звітності, роботодавця або навчальний заклад, має право розголошувати цю інформацію відповідно до Wisconsin Statute, s.49.22(2m) та s.49.143(5)(a).  **РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ/ЗГОДА:** Я розумію, що інформація про попередню заробітну плату та зайнятість із записів програми страхування по безробіттю може бути передана агентству (яке може бути державним або приватним) для перевірки точності інформації, наданої в цій заяві.  **ШТРАФИ ЗА НЕПРАВДИВУ ІНФОРМАЦІЮ:** Я розумію питання і твердження в цьому бланку. Я розумію, які покарання передбачені за надання неправдивої інформації або порушення правил. Я підтверджую з урахуванням встановленої законом відповідальності, що мої відповіді є правдивими та повними, наскільки мені відомо, включаючи інформацію про громадянство або статус імігранта кожної особи, яка звернулася за допомогою. Я розумію і погоджуюся надати документи, що підтверджують мої слова, протягом семи (7) робочих днів з моменту запиту. Я розумію, що місцеве агентство може зв’язатися з іншими особами або організаціями, щоб отримати необхідні докази мого права та рівня пільг.  Я отримав(-ла) і розумію Права та обов’язки - Довідковий посібник (DCF-P-DWSP398) (тільки для заявників W-2, RCA і заявників по догляду за дитиною)  Я отримав(-ла) і розумію бланк угоди про участь W-2 (DCF-F-DWSP10755-E) (тільки для заявників W-2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Розділ XI: ПІДПИСИ** (СТАВТЕ ПІДПИС ТІЛЬКИ В ПРИСУТНОСТІ ПРЕДСТАВНИКА АГЕНТСТВА) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Підпис заявника або ідентифікатор взаємодії з телефонним підписом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата підписання | | | | | | |
| Інша доросла особа в домогосподарстві | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата підписання | | | | | | |
| Інша доросла особа в домогосподарстві | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата підписання | | | | | | |
| Підпис уповноваженого представника *(також необхідно заповнити бланк* ***авторизації представника учасника*** *(DCF-F-DWSP2375-E)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата підписання | | | | | | |
| Підпис співробітника агентства | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата підписання | | | | | | |
| **Ви можете запросити копію підписаної вами заяви.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **CASE COMMENTS**  (To be filled out by the agency only.) |