**Solicitud de Revisión de Determinación de Hechos de Wisconsin Works (W-2)**

request for a wisconsin works (w-2) fact finding review

La información personal que proporcione se puede usar para propósitos secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre      | Case Number      | Requestor Telephone Number      |
| Requestor Address (Street, City, Zip Code)      | W-2 Worker Name      |

La Revisión de Determinación de Hechos revisará una decisión de la agencia W-2 con la que usted no esté de acuerdo. Puede solicitarle a su agencia W-2 una Revisión de Determinación de Hechos hasta 45 días después de que la agencia W-2 le haya informado de la decisión. Por favor, entregue una copia de cualquier notificación sobre una decisión luego de que entregue esta planilla.

**Fecha(s) en la que supo sobre la(s) decisión(es):**

**Marque la(s) razón(es) para su solicitud de Revisión de Determinación de Hechos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wisconsin Works (W-2)** [ ]  Se denegó mi solicitud de W-2.[ ]  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 12 días hábiles, o en 30 días hábiles si me hubiera dado más tiempo.[ ]  Mi colocación en W-2 está incorrecta.[ ]  Se me denegó una prórroga de mi límite de tiempo de W-2.[ ]  Se cerró mi caso de W-2 o mi pago finalizó.[ ]  Mi pago de W-2 fue reducido erróneamente en el(los) mes(es):      [ ]  El sobrepago aplicado a mi caso es incorrecto.[ ]  Recibí una multa Learnfare incorrectamente.[ ]  Se denegó mi solicitud de buen motivo por no cooperación con mantenimiento de menores.[ ]  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta. | **Asistencia de Emergencia**emergency assistance (ea)[ ]  Se denegó mi solicitud de EA.[ ]  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 5 días hábiles.[ ]  Mi pago de EA es incorrecto.[ ]  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta.**Préstamo de Acceso al Empleo**Job Access Loan (JAL)[ ]  Se denegó mi solicitud de JAL.[ ]  La agencia W-2 no me informó sobre la decisión de mi solicitud en 12 días hábiles, o en 30 días hábiles si me hubiera dado más tiempo.[ ]  Recibí una Infracción Intencional del Programa incorrecta. |

|  |
| --- |
| **Explique por qué cree que la decisión de la agencia W-2 está equivocada:**      |
| La Revisión de Determinación de Hechos no demorará ni impedirá su derecho a solicitar una Audiencia Justa de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid, y/o Cuidado Infantil ante el Department of Administration, Division of Hearings and Appeals. Para solicitar una Audiencia Justa, solicite a su agencia de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid o Cuidado Infantil un formulario DHA–28. |
| **Solicitante / Participante SIGNATURE** [ ]  Solicitud telefónica (no se requiere firma)      | **Fecha de la solicitud**  /  /     |

**Retain Completed Form in Case Record**