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

**Plan de services de soutien**

SUPPORTIVE SERVICE PLAN

Les informations personnelles que vous fournissez peuvent être utilisées à des fins secondaires [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |
| --- | --- |
| Nom – participant      | Date à laquelle le formulaire a été rempli      |
| Nom – agent W-2      | Nom – organisme      |
|  |
| Voici le plan de services de soutien que l’agent du W-2,      , et moi-même avons élaboré. Ce plan fournit des informations à propos des ressources et des services dont ma famille et moi-même pourrions avoir besoin aujourd’hui ou à l’avenir. Je sais que ce plan est basé sur les informations que j’ai communiqué à mon agent.Je sais que je peux contacter l’organisme W-2 à tout moment:* Pour actualiser mon plan de services de soutien;
* Pour trouver d’autres ressources dont j’ai besoin; ou
* Pour déposer une nouvelle demande W-2 (et obtenir un délai supplémentaire si j’ai atteint le délai de 48 mois).

Je sais que l’organisme W-2 peut également m’aider à déposer une demande ou me renvoyer vers:* **FoodShare Wisconsin :** FoodShare fonctionne selon des règles différentes de W-2 et n’applique pas de limite de temps.
* **Medicaid / BadgerCare Plus :** Ces programmes ont fonctionnent selon des règles différentes du programme W-2 et n’appliquent pas de limite de temps.
* **Heating Assistance** (également appelé Wisconsin Home Energy Assistance Program, programme d’aide pour le chauffage).
* **Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program (programme de subvention pour la garde d’enfants) :** Ce programme s’adresse aux familles éligibles qui travaillent ou ont des activités professionnelles / scolaires. Wisconsin Shares n’applique pas de limite de temps.
* **Aide d’urgence (Emergency Assistance) :** Si vous êtes sans domicile fixe, si vous avez reçu un avis d’expulsion pour impayé de loyer ou si vous êtes confronté à une situation d’urgence en matière de logement en raison d’un incendie, d’une inondation, d’une catastrophe naturelle ou de la crise énergétique, vous pouvez peut-être bénéficier d’une aide pour faire face à ce besoin.
* **Autres programmes d’emploi dans ma communauté :** Vous pouvez accéder à des programmes tels que la réorientation professionnelle, l’apprentissage pour les adultes et les jeunes et d’autres services disponibles proposés aux travailleurs et aux personnes à la recherche d’un emploi en vous rendant dans un centre pour l’emploi du Wisconsin. Si vous êtes intéressé, renseignez-vous sur ces programmes auprès d’un agent W-2.
* **Autres ressources utiles dans ma communauté :** (par exemple, banques alimentaires, refuges pour sans-abri, services de santé, prestataires de services de lutte contre la violence domestique, etc.)
 |

|  |
| --- |
| **Les domaines suivants ont été identifiés comme des besoins dans le cadre de mon plan de services de soutien :** |
| [ ]  | Besoins d’urgence (par ex., banque alimentaire, vêtements, etc.) | [ ]  | Logement |
| [ ]  | Budget du foyer / gestion de l’argent | [ ]  | Accès aux aides économiques |
| [ ]  | Éducation et formation | [ ]  | Assistance juridique |
| [ ]  | Aide à l’emploi | [ ]  | Garde d’enfants |
| [ ]  | Transports | [ ]  | Soins de santé personnels et pour la famille |
| [ ]  | Autre besoin : |       | [ ]  | Autre besoin : |       |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse(rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |
|  |
| **BESOIN IDENTIFIÉ :** |       |
| **Ressources communautaires** |
| Nom de la ressource | Adresse (rue, ville, état, code postal) | Coordonnées |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |
| Plan d’action à court terme :      |
|  |
| Plan d’action à long terme :      |

|  |
| --- |
| **SIGNATURES** |
| Signature du participant ou identifiant d’interaction de signature téléphonique      |
| Signature du représentant de l’organisme W-2      |
| Coordonnées de l’organisme W-2 :      |