**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Family and Economic Security

**APP**

**REGISTRO EN PROGRAMAS WISCONSIN WORKS (W-2) Y RELACIONADOS**

W-2 AND RELATED PROGRAMS REGISTRATION

La fecha de su solicitud se fija en la fecha que complete la entrevista o la fecha en que recibamos este formulario con su nombre, dirección y firma. Las personas sin casa no tienen que dar dirección. Pero, todo el proceso de solicitud, incluyendo completar este formulario de registro, completar la solicitud, completar la entrevista y firmar la solicitud debe hacerse antes de que usted reciba beneficios o servicios. Nosotros le diremos por escrito dentro de 30 días calendario si usted es elegible. Es importante fijar la fecha de su solicitud pronto para que pueda recibir beneficios o servicios lo más pronto posible. La entrega de su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es de carácter obligatorio según los Estatutos de Wisconsin 49.145 (2)(k). Su SSN podría ser verificado mediante programas informáticos de comparación de datos y podría ser usado para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y la gestión del programa. Su SSN podría ser compartido con otras agencias federales y estatales para una inspección oficial. Si usted no brinda su número de seguro social, su solicitud para los beneficios será denegada. La información personal que proporcione se puede usar para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes].

**[ ]  W-2**: Usted se reunirá con un Especialista de Recursos el día que entregue este Registro firmado a la agencia W-2 o el día siguiente. Pagos o servicios pueden comenzar el día de su colocación en una posición de empleo W-2.

**[ ]  Refugee Cash Assistance (RCA)**: Elegibilidad comienza en la fecha de la solicitud. Los pagos se prorratean entre los beneficios del primer y último mes. El pago inicial debe hacerse dentro de cinco días de trabajo después de determinar elegibilidad y cada pago mensual debe hacerse el primer día del mes siguiente.

**Cómo usar este formulario de registro**

1. Escriba sólo con tinta azul o negra.
2. No escriba en las áreas grises.
3. Si necesita ayuda para completar el formulario de registro, comuníquese con la agencia local anotada abajo. Si tiene alguna discapacidad y necesita esta solicitud en formato alternativo o necesita traducción a otro idioma, comuníquese con la agencia local anotada abajo. Los servicios de traducción son gratis.

**INFORMACIÓN DE LA AGENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la agencia       | Número de teléfono de la agencia      | Fecha recibido      |
| Dirección de la agencia (calle, ciudad, estado, código postal)      | RFA/Número de caso      |

**REGISTRO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre solicitante      | Número de teléfono residencia solicitante       |
| Dirección residencia de solicitante (Calle, Cuidad, Estado, Código postal)        |
| Número Seguro Social (Sólo solicitante)\*      | Sexo (marque uno) [ ]  Varón [ ]  Mujer | Fecha nacimiento (mes/día/año)      |
|  Firma del participante o ID de Interacción de la firma telefónica      | Fecha de la firma      |
|  Firma del representante autorizado      | Fecha de la firma      |

[El formulario “Authorization of Participant Representative (DCF-F-DWSP2375) también debe completarse]

* ¿Recibió usted el folleto **“*Benefits and Services Offered at Wisconsin Works (W-2) Agencies”*** (DCF-P- DWSP11890)? Usted puede ser elegible para otros beneficios y servicios y este folleto tiene información de lo que hay disponible para usted y su familia.
* ¿Recibió usted el folleto **“*What to Bring With You”*** (DCF-P-DWSP2372)? Cuando solicite, le pedirán que muestre prueba de información tal como: Edad, identidad, Número de Seguro Social, condición de Ciudadanía, Ingreso y Bienes de las personas que solicitan ayuda. El folleto “***What to Bring With You”*** tiene información de lo que debe llevar a la entrevista.