# Реєстрація в програмі Wisconsin Works (W-2) і пов’язаних з нею програм

Wisconsin Works (W-2) and Related Programs Registration

Дата подачі вашої заявки визначається датою проходження вами співбесіди або датою отримання нами цього реєстраційного бланка з вашим ім’ям, адресою та підписом. Бездомним не обов’язково вказувати свою адресу. Проте весь процес подання заяви, включаючи заповнення цього реєстраційного бланка, заповнення заяви, проходження співбесіди та підписання заяви, має відбутися до того, як ви зможете отримувати пільги або послуги. Протягом 30 календарних днів ми повідомимо вам у письмовій формі, чи відповідаєте ви вимогам. Важливо якомога швидше призначити дату подачі заяви, щоб ви могли якомога швидше отримати пільги або послуги. Надання вашого номера соціального страхування (SSN) є обов’язковим 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. Особиста інформація, яку ви надаєте, може бути використана для другорядних цілей [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**W-2:** Ви зустрінетеся з фахівцем з ресурсів в той день, коли передасте цей підписаний реєстраційний бланк агентству W-2, або на наступний робочий день. Платежі або послуги можна отримувати з дати вашого працевлаштування на посаду W-2.

**Грошова допомога біженцям (RCA):** Право на отримання допомоги починається з дати подання заяви. Виплати розподіляються пропорційно до виплат за перший і останній місяць. Початковий платіж повинен бути проведений протягом п’яти робочих днів після визначення відповідності вимогам участі, і кожен щомісячний платіж повинен бути проведений до першого числа наступного місяця.

**Як заповняти цей реєстраційний бланк**

1. Використовуйте сині або чорні чорнила
2. Не пишіть в затінених полях.
3. Якщо вам потрібна допомога у заповненні цього реєстраційного бланка, зверніться до місцевого агентства, зазначеного нижче. Якщо у вас є інвалідність і вам потрібен доступ до цього бланка заяви в альтернативному форматі або вам потрібен її переклад на іншу мову, зверніться в місцеве агентство, вказане нижче. Послуги з перекладу надаються безкоштовно.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Відомості про агентство** | | | | | |
| Назва агентства | Номер телефону агентства | | | Дата отримання (мм/дд/рррр) | |
| Адреса агентства (вулиця, місто, штат, поштовий індекс) | | | RFA / Номер справи | | |
| **Реєстрація** | | | | | |
| Ім’я заявника | Домашній номер телефону заявника | | | | |
| Адреса проживання заявника (вулиця, місто, штат, поштовий індекс) | | | | | |
| Номер соціального страхування (тільки для заявника)\* | | Стать (відмітьте одне)  Чоловік  Жінка | | | Дата народження (мм/дд/рррр) |
| **ПІДПИС** – Заявник (або ідентифікатор взаємодії з телефонним підписом) | | | | Дата підписання (мм/дд/рррр) | |
| **ПІДПИС** – Уповноважений представник | | | | Дата підписання (мм/дд/рррр) | |

[Також необхідно заповнити форму авторизації представника учасника (DCF-F-DWSP2375)].

* Чи отримали ви брошуру про ***переваги та послуги, що пропонуються агентстом Wisconsin Works (W-2)*** (DCF-P-DWSP11890)? Можливо, ви відповідаєте вимогам на отримання інших пільг і послуг, і ця брошура містить інформацію про те, що може бути доступно вам і вашій родині.
* Чи отримали ви брошуру ***«Що взяти з собою»*** (DCF-F-DWSP2372)? При подачі заяви вас можуть попросити надати документ, що підтверджує наступну інформацію: вік, особу, номер соціального страхування, статус громадянства, дохід і активи для всіх осіб, які звертаються за допомогою. Брошура ***«Що взяти з собою»*** містить інформацію про те, що потрібно взяти з собою на співбесіду.