**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

**DAF**

Division of Family and Economic Security

**په خپله خوښه د مرستو ردول**

VOLUNTARILY DECLINING AID

هغه شخصي معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ممکن د ثانوي موخو لپاره وکارول شي [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes].

**تاسو اړ نه یاست چې دا فورمه لاسلیک کړئ. د دې لاسلیک کول به ستاسو ادارې سره مرسته وکړي چې ستاسو د پریکړې ښه ریکارډ ولري.**

|  |  |
| --- | --- |
| نوم – ګډون کوونکی | د قضیې شمیره |
| زه په خپله خوښه د دې لپاره مرستې ردوم:  Wisconsin Works (W-2)  **زه پوهیږم چې زه کولی شم په راتلونکي کې د W-2 لپاره غوښتنه وکړم.**  بیړنۍ مرستې (Emergency Assistance)  **زه پوهیږم چې زه کولی شم په راتلونکي کې د بیړني مرستې لپاره غوښتنه وکړم. زه پوهیږم چې زه ممکن یوازې په دولسو میاشتو کې یو ځل د بیړني مرستې پیسې ترلاسه کړم.**  د کار د لاسرسي پور (Job Access Loan)  **زه پوهیږم چې زه کولی شم په راتلونکي کې د کار لاسرسي پور لپاره غوښتنه وکړم.**  له کډوالو سره نغدي مرسته (Refugee Cash Assistance)  **زه پوهیږم چې زه یوازې د رارسیدو وروسته لومړیو اتو میاشتو لپاره دې ګټو ته لاسرسی لرم. اوس د مهاجرینو نغدي مرستې ترلاسه کولو څخه انکار کول به په راتلونکي کې زما د ترلاسه کولو وړتیا ونه غځوي.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **لاسلیک – برخه اخیستونکی (یا د تلیفوني لاسلیک د تعامل ID)** |  | د لاسلیک نیټه | | |

Copy: Participant Original: Case Record

**RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE**