**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

**DAF**

Division of Family and Economic Security

**RECHAZO VOLUNTARIA DE ASISTENCIA**

VOLUNTARILY DECLINING AID

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

**No es requisito firmar este formulario. Firmarlo ayudará a su agencia a tener un mejor registro de su decisión.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del participante | Número de caso |
| Yo rechazo voluntariamente asistencia para:  Wisconsin Works (W-2)  **Entiendo que puedo solicitar para W-2 en el futuro.**  Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance)  **Entiendo que puedo solicitar para Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance) en el futuro. Entiendo que solamente puedo recibir un pago de Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance) en un periodo de doce meses.**  Préstamo de Acceso al Empleo(Job Access Loan)  **Entiendo que puedo solicitar para un Préstamo de Acceso al Empleo (Job Access Loan) en el futuro.**  Asistencia en Efectivo para Refugiados **(**Refugee Case Assistance)  **Entiendo que solamente tengo acceso a estos beneficios durante los primeros ocho meses después de llegar. Rechazar a recibir Asistencia en Efectivo para Refugiados (Refugee Cash Assistance) ahora no extenderá mi eligibilidad a recibirla en el futuro.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Firma del participante o ID de Interacción de la firma telefónica |  | Fecha de la firma | | |

Copy: Participant Original: Case Record

**RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE**