**REP**

# Wisconsin Works (W-2) y Programas Relacionados

**Autorización de Representante del Participante**

# WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS AUTHORIZATION OF PARTICIPANT REPRESENTATIVE

La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, s.15.04 (1)(m), Wis. Stats.].

La persona que completó la Solicitud de Wisconsin Works (W-2) y Programas Relacionados debe completar este formulario.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la agencia      | Teléfono de la agencia      |
| Nombre de caso      | Número de caso      |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre - Representante autorizado (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      | Teléfono      |
| Dirección del representante autorizado (Calle, ciudad, estado, código postal):      |

Autorizo a       (nombre del representante autorizado indicado arriba) a representarme en mi proceso de solicitud/revisión de Wisconsin Works (W-2) o Asistencia en Efectivo para Refugiados (*Refugee Cash Assistance* - RCA). También autorizo a mi representante a proporcionar la información y los documentos que pueden ser necesarios para establecer mi elegibilidad para recibir W-2 y RCA. Proporcionaré información a mi representante que será verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Mi representante y yo entendemos las penalidades resultantes de proporcionar información fraudulenta. Entiendo que puedo no reunir las condiciones para participar por 10 años si se determina que he realizado una declaración falsa o he distorsionado la información sobre mi identidad o residencia para recibir pagos múltiples. Puedo ser juzgado por fraude si realizo declaraciones falsas intencionalmente para recibir pagos.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante o ID de Interacción de la firma telefónica      | Fecha de la firma       |

Como representante autorizado, entiendo que represento al solicitante antes mencionado con respecto a la elegibilidad para W-2 o RCA y que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del representante autorizado o ID de Interacción de la firma telefónica      | Fecha de la firma      |