**د Wisconsin کار (W-2) او اړونده برنامو غوښتنلیک**

Wisconsin Works (W-2) and Related Programs Application

**تاسو کومو پروګرامونو لپاره غوښتنه کوئ؟** (ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کیږي)

**W-2 پروګرام**  **د کار د لاسرسي پور  د ماشوم د پاملرنې مرسته**  **د کډوالو سره نغدي مرسته (RCA)**

**د دې غوښتنلیک فورمه څنګه وکاروئ**

1. نیلي یا تور رنګ وکاروئ.
2. په سیوري شویو سیمو کې مه لیکئ.
3. دا غوښتنلیک په بشپړ ډول ډک کړئ، مګر دا لاسلیک مه کوئ تر هغه چې تاسو د ادارې کارمند سره ونه ګورئ.
4. که ډیر ځای ته اړتیا وي، د کاغذ اضافي پاڼې وکاروئ.
5. که تاسو د دې غوښتنلیک ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، د دې غوښتنلیک په I برخه کې لیست شوي محلي ادارې سره اړیکه ونیسئ. که تاسو معلولیت لرئ او دې غوښتنلیک ته په بدیل بڼه لاسرسی ته اړتیا لرئ، یا اړتیا لرئ چې دا بلې ژبې ته وژباړئ، د دې غوښتنلیک په I برخه کې لیست شوي محلي ادارې سره اړیکه ونیسئ. د ژباړې دغه خدمتونه وړيا دي.

**ایا تاسو لاندې اسناد ترلاسه کړي؟** مهرباني وکړئ دوی ولولئ او د راتلونکي کارولو لپاره یې وساتئ.

* حقوق او مسؤلیتونو - د مرستې لارښود (DCF-P-DWSP398)
* W-2 د ګډون تړون (DCF-F-DWSP10755-E) (یوازې دW-2 اوRCA غوښتونکي)

**ایا تاسو یوازې د ماشوم پاملرنې لپاره غوښتنه کوئ؟** که هو، تاسو کولی شئ د VIII برخه، 2؛ VIII برخه، د کار تاریخ؛ او برخه IX برخه پریږدئ.

هغه شخصي معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ ممکن د ثانوي موخو لپاره [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes] وکارول شي ستاسو د (SSN)شمیرې چمتو کول د ویسکونسن قانون 49.145 (2)(k) لاندې لازمي دي. ستاسو SSN کیدای شي د کمپیوټر د سمون پروګرامونو له لارې تایید شي او کیدای شي د پروګرام د مقرراتو او د پروګرام مدیریت سره د مطابقت د څارنې لپاره وکارول شي. تاسو SSNممکن د رسمي ازموینې لپاره نورو فدرالي او دولتي ادارو ته ښکاره کړئ. که تاسو خپل SSN نه ورکوئ، ستاسو د ګټو(مرستې) لپاره غوښتنلیک به رد شي.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Section I: W-2 agency, county or tribal human/social services agency Information** (To be filled out by the agency only)  DWSW-2471 (R. 03/2005) | | | |
| Agency Name | Agency Telephone Number | | Date Received |
| Agency Address (Street, City, State, Zip Code) | | Case Name | Case Number |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **برخه II: هغه شخص چې غوښتنلیک بشپړوي که چیرې غوښتونکي نه وي** (که تاسو د دې غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، تاسو کولی شئ یو بل کس ستاسو سره مرسته وکړئ یا یو با اختیار استازی وټاکئ ترڅو د غوښتنلیک په پروسه کې ستاسو استازیتوب وکړي. بیا له هغه کس څخه وغواړئ چې لاندې پوښتنو ته ځواب ووایی. که نه، برخه III ته لاړ شئ). | | |
| د هغه کس نوم چې غوښتنلیک بشپړوي (که د غوښتونکي پرته بل وي) | د غوښتونکي سره اړیکه | تلیفون شمیره |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **برخه III: د غوښتونکي معلومات** | | | |
| د غوښتونکي نوم | د غوښتونکي کور د تلیفون شمیره | | |
| د غوښتونکي میرمن یا بل کارول شوي نوم | د غوښتونکي د تلیفون شمیره | د تلیفون نور شمیره چیرې چې غوښتونکي ته رسیدلی شي | |
| د غوښتونکي د استوګنې پته | ښار | ايالت | زيپ کوډ |
| د غوښتونکي پوستي پته (که چیرې د استوګنې پته مختلف وې) | هغه ژبه چیک کړئ په کوم کې چې تاسو غواړئ د برنامې خبرتیاوې چاپ شي:  انګليسي  هسپانوي | ستاسو په کور کې لومړنۍ ژبه ویل کیږي؟ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **برخه IV: د کور معلومات** | | | | | | | | | |
| د ټولو هغو کسانو نومونه لیست کړئ چې ستاسو په کورنۍ کې ژوند کوي (له ځانه یې پیل کړئ)  نوم (تخلص، نوم، منځنی نوم) | ایا تاسو د دې کس لپاره د مرستې غوښتنه کوئ؟ | SSN  (یوازې غوښتنلیک ورکوونکي) | د زیږیدو نیټه  (کال/ نیټه /میاشت)  *بېلګه:* 09/08/1965 | جندر  M – نارینه  F – ښځینه | مدني حالت | د متحده ایالاتو تبعه یا وړ بهرنی  (یوازې غوښتنلیک ورکوونکي) | قوميت\*  (اختیاري) | نژاد\*\* (اختیاري) | د غوښتونکي سره اړیکې  *بېلګه:* مور او پلار، زوی، لور، ملګری |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  | غوښتونکی |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
|  | هو  نه |  |  | نارینه  ښځینه | واده شوی  مجرد  طلاق شوی | هو  نه |  |  |  |
| \* د ***قوميت*** لپاره، که تاسو هسپانوي یا لاتیني یاست دا په چمتو شوي ځای کې ولیکئ، که نه نو خالي پریږدئ  \*\* ***د نژاد*** لپاره، لاندې کوم یو داخل کړئ چې پلي کیږي: آسیا، تور یا افریقی امریکایی، امریکایی هندی یا د الاسکا اصلي، اصلي هاوایی یا نور د آرام سمندر ټاپو، سپین | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **برخه V: غیر مالي معلومات** | | | |
| آیا تاسو د 18 کلونو څخه کم عمر لرونکي (ماشومانو) مور یا پلار یاست؟ | هو  نه | آیا ستاسو (ماشومان) تاسو سره اوسیږي؟ | هو  نه |
| آیا تاسو 18 کلن یا ډیر عمر لرئ؟ | هو  نه | آیا تاسو د کوم ماشوم قانوني توقیف لرئ چې ستاسو سره ژوند کوي؟ | هو  نه |
| آیا تاسو په تیرو شپږو (6) میاشتو کې دنده رد کړې یا پریښودلي دي؟ | هو  نه | آیا تاسو اضافي امنیتي عاید (SSI) یا د ټولنیز امنیت معلولیت بیمه (SSDI) ترلاسه کوئ ؟ | هو  نه |
| آیا تاسو د W-2 برنامه كي په تیرو شپږو (6) میاشتو کې برخه اخیستلي دي؟ | هو  نه | آیا تاسو په Wisconsin کې مهاجر کارګر یاست؟ | هو  نه |
| آیا په کور کی کوم غړی شته چی تښتیدونکی مجرم وی څوک د محاکمې څخه ډډه کوي یا څوک د محاکمې یا پیرول له شرایطو څخه سرغړونه کوي یا څوک د 22 اګست 1996 راهیسې د مخدره توکو په جرم محکوم شوي؟  که هو، د هغو کسانو نوم یا نومونو ولیکئ: | هو  نه | آیا تاسو امیندواره یاست؟  که هو، ستاسو موثره نیټه څه ده؟ | هو  نه |
| آیا ستاسو په کورنۍ کې بل څوک شته چې د W-2 برنامه پیسې ترلاسه کړي؟ | هو  نه | آیا تاسو اراده لرئ چې په Wisconsin کې ژوند ته دوام ورکړئ؟ | هو  نه |
| آیا تاسو د دندې څخه په کار بنديز(اعتصاب) کې یاست؟  که هو، نو کار بنديز کله پیل شو؟ | هو  نه |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **برخه VI: د غیر حاضر والدینو د معلوماتو** | | | | | |
| آیا کوم ماشومان طبیعي یا پالونکي والدین لري څوک چې په کور کې نه اوسیږي؟  هو  نه (که نه، د برخه VII ته لاړ شئ) | | | | | |
| د غیر حاضر والدین نوم | د SSN شمیره  (یوازې که شتون ولري) | د زیږیدو نیټه  (میاشت/نیټه/کال) | د ماشومانو نومونه | | ماشوم سره اړيکه |
| د والدین د نشتوالي دلیل | | د والدینو د کورنۍ پریښودو نیټه | د مور او پلار سره د وروستي تماس نیټه | پلار کله تاسیس شو  هو  نه | |
| د غیر حاضر والدین نوم | د SSN شمیره  (یوازې که شتون ولري) | د زیږیدو نیټه  (میاشت/نیټه/کال) | د ماشومانو نومونه | | ماشوم سره اړیکې |
| د والدین د نشتوالي دلیل | | د مور او پلار د کور پریښودو نیټه | د مور او پلار سره د وروستي تماس نیټه | پلار کله تاسیس شو  هو  نه | |
| د غیر حاضر والدین نوم | د SSN شمیره  (یوازې که شتون ولري) | د زیږیدو نیټه  (میاشت/نیټه/کال) | د ماشومانو نومونه | | ماشوم سره اړیکې |
| د والدین د نشتوالي دلیل | | د مور او پلار د کور پریښودو نیټه | د مور او پلار سره د وروستي تماس نیټه | پلار کله تاسیس شو  هو  نه | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **برخه VII: مالي معلومات** | | | | | | | | | | | | | |
| **برخه 1: د کورنۍ عاید** | | | | | | | | | | | | | |
| **ایا په کورنۍ کې څوک د کار څخه عاید ترلاسه کوي؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | | | | | | | | | | |
| **د کورنۍ غړی** | | | **کار ورکونکي** | | | | | **تاسو څو ځله تادیه کوئ**  **(اونیز، دوه اونۍ، میاشتنۍ، نیمه میاشتنۍ)؟** | | | | **ناخالص مقدار** | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
|  | | |  | | | | |  | | | | $ | |
| **ایا په کورنۍ کې څوک په خپله کار کوي یا څوک د فارم مالکیت لري؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | | | | | | | | | | |
| **د سوداګرۍ ډول** | | | | | | **کلنی ناخالص عاید** | | | | | | | |
|  | | | | | | $ | | | | | | | |
|  | | | | | | $ | | | | | | | |
| **ایا په کورنۍ کې څوک غیر عاید (لکه د ماشوم ملاتړ SSI، میراث، تقاعد، خیرات) ترلاسه کوي؟**   هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | | | | | | | | | | |
| **د عاید ډول** |  | **څوک یې ترلاسه کوي؟** | | **ناخالص میاشتنۍ اندازه** | **د دوام تمه لري؟** | | **د عاید ډول** | |  | **څوک یې ترلاسه کوي؟** | **ناخالص میاشتنۍ اندازه** | | **د دوام تمه لري؟** |
| اضافي امنیتي عاید (SSI) | هو  نه |  | | $ | هو  نه | | معلولیت / ناروغ معاش | | هو  نه |  | $ | | هو  نه |
| د ټولنیز امنیت معلولیت عاید (SSDI) | هو  نه |  | | $ | هو  نه | | سود/ ګټه | | هو  نه |  | $ | | هو  نه |
| د ماشوم ملاتړ | هو  نه |  | | $ | هو  نه | | د وترنریانو ګټې | | هو  نه |  | $ | | هو  نه |
| کارګران /  د بیکارۍ خساره | هو  نه |  | | $ | هو  نه | | نور عاید (وضاحت) | | هو  نه |  | $ | | هو  نه |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **برخه 2: شتمنۍ** (یوازې د ماشوم پاملرنې غوښتونکي کولی شي دا برخه پریږدي) | | | | |
| **ایا ستاسو په کورنۍ کې څوک لاندې ډول شتمنۍ لري (لکه نغدې پیسې، چکينګ یا پس اندازحسابونه، او نور)؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | |
| **د شتمنیو ډول** | **د مالک نوم** | **اوسنی/نقد ارزښت** | **توضیحات (لکه د بانک/مالي موسسې نوم، د حساب شمیره)** | |
| نغدې |  | $ |  | |
| چکينګ حساب |  | $ |  | |
| پس انداز حساب |  | $ |  | |
| د ژوند بیمه |  | $ |  | |
| نور (سټاک، بانډونه، د زیرمو سندونه، IRA امانتونه): |  | $ |  | |
| **آیا ستاسو په کورنۍ کې څوک موټر لري؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | |
| **ډول (موټر، لارۍ، نور)** | **کال / جوړ / ماډل** | | **هغه مقدار چې لا تر اوسه پور دی** | |
|  |  | | $ | |
|  |  | | $ | |
| **ایا ستاسو په کورنۍ کې څوک د ملکیت ملکیت لري؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | | | |
| **ډول: (کور یا بل)** | **پته** | | **اټکل شوی ارزښت** | **هغه مقدار چې لا تر اوسه پور دی** |
|  |  | | $ | $ |
|  |  | | $ | $ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **برخه VIII: د کارموندنې معلومات** | | |
| **ایا تاسو اوس مهال کار کوئ؟**  هو  نه (که نه، بلې پوښتنې ته لاړ شئ) | | |
| **اوسنۍ دنده** | | |
| اوسنی ګومارونکی | د ګومارونکی کوڅه پته | |
| ستاسو د دندې سرلیک | د کارګر ښار، ایالت، زيپ كود | |
| ستاسو دندې: | پیل نېټه | ایا تاسو د روغتیا بیمې پوښښ لرئ؟  هو  نه |
| مزد  $ | ساعت/هفته |
| **که تاسو اوس مهال کار نه کوئ، ایا تاسو په تیرو وختونو کې دندې درلودې؟**  هو  نه (که نه، نو برخه IX ته لاړ شئ) | | |
| **د کار تاریخچه** (یوازې د ماشوم پاملرنې غوښتونکي ممکن X برخې ته لاړ شي) | | |
| پخوانی ګومارونکی | د ګومارونکی کوڅه پته | |
| ستاسو د دندې سرلیک | د ګومارونکی ښار، ایالت، زپ | |
| ستاسو دندې: | پیل نېټه | د پای نیټه |
| مزد  $ | ساعت/هفته |
| د پرېښودو لامل | |
| پخوانی ګومارونکی | د ګومارونکی کوڅه پته | |
| ستاسو د دندې سرلیک | د ګومارونکی ښار، ایالت، زپ | |
| ستاسو دندې: | پیل نېټه | د پای نیټه |
| مزد  $ | ساعت/هفته |
| د پرېښودو لامل | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| پخوانی ګومارونکی | | د ګومارونکی کوڅه پته | | |
| ستاسو د دندې سرلیک | | د ګومارونکی ښار، ایالت، زپ | | |
| ستاسو دندې: | | پیل نېټه | | د پای نیټه |
| مزد  $ | | ساعت/هفته |
| د پرېښودو لامل | | |
| **مهرباني وکړئ د کار اړوند لاندې پوښتنو ته ځواب ووایاست:** | | | | |
| ایا تاسو کله هم داوطلبانه یاست یا په ځان ګمارل شوي یاست؟  هو  نه (که هو، مهرباني وکړئ تشریح کړئ) | | | | |
| ایا تاسو د موټر چلولو معتبر جواز لرئ؟  هو  نه | ایا تاسو د موټرو بیمه لرئ؟  هو  نه | | ایا تاسو کار ته د رسیدو لپاره ترانسپورت لرئ؟  هو  نه  (که هو، تاسو کوم ډول ټرانسپورټ لرئ؟) | |
| تاسو اوس د کوم ډول دندې لپاره چمتو یاست؟ | | | | |
| ایا داسې کوم شی شته چې کولی شي تاسو له کار کولو او ستاسو د کورنۍ ملاتړ څخه وساتي؟  هو  نه (که هو، مهرباني وکړئ تشریح کړئ): | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **برخه IX: د ښوونې او روزنې معلومات** (یوازې د ماشوم پاملرنې غوښتونکي کولی شي دا برخه پریږدي) | |
| د زده کړې لوړه کچه: | |
| د ټولګي ښوونځی (وروستی ټولګی بشپړ شوی   )  د عالي لیسې ډیپلوم ترلاسه کړ  GED/HSED ترلاسه کړي | تخنیکي کالج (که داسې وي، سند یا تصدیق ترلاسه شوی      )  ځینې تخنیکي کالج (که داسې وي، د مطالعې کورس      )  پوهنتون / کالج (که داسې وي، سند یا تصدیق ترلاسه شوی      )  ځینې پوهنتون / کالج (که داسې وي، د مطالعې کورس      ) |
| تاسو کوم اضافي روزنه یا مهارتونه ترلاسه کړي دي، د بیلګې په توګه، د مایکروسافټ دفتر روزنه، د معلوماتو داخلول، ټایپ کول، او د کمپیوټر نورو مهارتونو روزنه؟ (کله، چیرته او که تاسو روزنه پای ته ورسوله، په دې کې شامل کړئ) | |

**په ياد وساتئ: تر هغه چې تاسو د ادارې له استازی سره نه وی لیدلی، راتلونکې دوه برخې لاسلیک مه کوئ.**

|  |  |
| --- | --- |
| **برخه X: لاندې هر بیان ولولئ او لاسلیک وکړئ.** (یوازې د یوې ادارې نماینده په وړاندېلاسلیک وکړئ) | |
| **تایید:** زه W-2 ادارې، والیت، یا د قبیلوي بشري/ټولنیزو خدماتو ادارې ته اجازه ورکوم چې د هر Department of Workforce Development هغه معلوماتو غوښتنه او ترلاسه کړي چې د W-2 پروګرام د سمې ادارې لپاره مناسب او اړین وي. د معلوماتو سرچینې کېدای شي شامل وي، مګر محدود نه دي، او Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division زه هم پوهیږم Department of Transportation. چې هر څوک، د هرې مالي ادارې په شمول، د کریډیټ راپور ورکولو اداره، کار ورکوونکي، یا تعلیمي موسسه د دې معلوماتو د خپرولو Wisconsin Statute, s.49.22(2m) واک لري. s.49.143(5)(a).  **رضایت/افشا کول:** زه پوهیږم چې د بیکارۍ بیمې برنامې ریکارډونو څخه د پخوانیو معاشونو او دندې په اړه معلومات ممکن د ادارې سره شریک شي (کوم چې ممکن عامه یا خصوصي سازمانونه وي ترڅو پدې غوښتنلیک کې چمتو شوي معلوماتو دقت تصدیق کړي.  **د ناسمو معلوماتو لپاره جريمې:** زه د دې غوښتنلیک فورمې په پوښتنو او بیانونو پوهیږم. زه د غلط معلوماتو ورکولو یا د مقرراتو ماتولو په جزا پوهیږم. زه د قانون د جزا له مخې تصدیق کوم چې زما ځوابونه زما د غوره پوهې سره سم او بشپړ دي، په شمول د هر هغه کس د تابعیت یا کډوالۍ په اړه معلومات چې د مرستې لپاره غوښتنه کوي. زه پوهیږم او موافق یم چې د ثابتولو لپاره اسناد چمتو کړم هغه څه چې ما د غوښتل شوي په اوو (7) کاري ورځو کې وویل. زه پوهیږم چې سیمه ایز اداره ممکن د نورو اشخاصو یا سازمانونو سره اړیکه ونیسي ترڅو زما د وړتیا او د ګټو کچه اړین ثبوت ترلاسه کړي.  ما حقونه او مسؤلیتونه ترلاسه کړي او درک کړي دي - د مرستې لارښود او یوازې د ماشوم پاملرنې غوښتونکي (DCF-P-DWSP398) (W-2, RCA)  ما د W-2 غوښتونکو لپاره د ګډون تړون فورمه ترلاسه کړې او پوهیږم(DCF-F-DWSP10755-E) (W-2) | |
| **برخه XI: لاسلیکونه** (یوازې د یوې ادارې نماینده په مخ کې لاسلیک کړئ) | |
| د غوښتنلیک ورکوونکي لاسلیک یا د ټیلیفوني لاسلیک متقابل عمل ID | د لاسلیک نیټه |
| په کور کې نور بالغ | د لاسلیک نیټه |
| په کور کې نور بالغ | د لاسلیک نیټه |
| د مجاز استازي لاسلیک (***د ګډون کونکي نماینده*** *فورمې جواز (DCF-F-DWSP2375-E) هم باید بشپړ شي)* | د لاسلیک نیټه |
| د ادارې د کارکوونکو لاسلیک | د لاسلیک نیټه |
| **تاسو د خپل لاسليک شوي غوښتنليک کاپئ غوښتنه هم کولاي شئ۔** | |

|  |
| --- |
| **CASE COMMENTS**  (To be filled out by the agency only.) |