

Solicitud de Revisión de Determinación de Hechos de Wisconsin Works (W-2)
REQUEST FOR A WISCONSIN WORKS (W-2) FACT FINDING REVIEW

La información personal que proporcione puede ser usada para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Nombre – Solicitante	Número de caso	Teléfono – Solicitante
Dirección - Solicitante (Calle, ciudad, código postal)		Nombre – Trabajador de W-2:

Puede solicitar una Revisión de Determinación de Hechos para cualquiera de las razones indicadas abajo. Puede solicitar a la agencia W-2 la Revisión de la Determinación de Hechos dentro de los 45 días de la fecha que figura en su notificación de la decisión, o dentro de los 45 días de la fecha de vigencia de la decisión, lo que ocurra después.

Indique la/s fecha/s en la/s que fue notificado de la decisión y adjunte una copia de la notificación de ser posible: _____

Marque las razones por las que está solicitando la Revisión de la Determinación de Hechos.

Wisconsin Works W-2	Asistencia para Emergencias (<i>Emergency Assistance</i>) EA
<input type="checkbox"/> Se denegó mi solicitud de W-2.	<input type="checkbox"/> Se denegó mi solicitud.
<input type="checkbox"/> No se actuó sobre mi solicitud dentro de los 12 días hábiles o hasta los 30 días hábiles si se había otorgado tiempo adicional para la verificación.	<input type="checkbox"/> No se actuó sobre mi solicitud dentro de los 5 días hábiles.
<input type="checkbox"/> Mi colocación en W-2 está incorrecta.	<input type="checkbox"/> El monto de Asistencia para Emergencias está incorrecto;
<input type="checkbox"/> La fecha de inicio de mi colocación está incorrecta.	Préstamo de acceso al trabajo (<i>Job Access Loan</i>) JAL
<input type="checkbox"/> Se me denegó una prórroga de mi límite de tiempo de W-2.	
<input type="checkbox"/> Se cerró mi caso de W-2 o mi pago finalizó.	<input type="checkbox"/> Se denegó mi solicitud.
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con las reducciones de pago aplicadas a mi pago para el/los mes/es de:	<input type="checkbox"/> No se actuó sobre mi solicitud dentro de los 12 días hábiles.
<input type="checkbox"/> El sobrepago aplicado a mi caso es incorrecto.	
<input type="checkbox"/> Se denegó mi solicitud de causa justificada por no cooperación con mantenimiento de menores.	
Explique por qué cree que la decisión de la agencia W-2 está equivocada.	
La Revisión de Determinación de Hechos no demorará ni impedirá su derecho a solicitar una Audiencia Justa de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid, y/o Cuidado Infantil ante el Departamento de Administración, División de Audiencias y Apelaciones. Para solicitar una Audiencia Justa, solicite a su agencia de FoodShare, BadgerCare Plus, Medicaid o Cuidado Infantil un formulario DHA-28.	
FIRMA – Solicitante / Participante <input type="checkbox"/> Solicitud telefónica (no se requiere firma)	Fecha de la solicitud

NOTA: Retener el Formulario Completo en el Registro del Caso