

FIRMA DE RESPALDO DEL SOLICITANTE O PARTICIPANTE

Este formulario sólo deberá usarse para firmas cuando no haya una impresora disponible para imprimir el Formulario Combinado de Solicitud (CAF) después de terminar la entrevista interactiva. Adjunte este documento firmado y fechado al CAF completado y guárdelo en el expediente del caso.

ACEPTACIÓN

Yo/nosotros entendemos que, bajo la ley del Estado de Wisconsin, la agencia W-2, el departamento tribal o del condado de servicios humanos/sociales, el Departamento de Salud y Servicios Familiares del estado y el Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral están autorizados a solicitar y recibir información sobre mí/nosotros. Cualquier persona, incluida una institución financiera, una agencia de informe de crédito, un empleador o una institución educativa, está autorizada a divulgar esta información, bajo la Sección 46.25 (2m) de los Estatutos de Wisconsin.

“El departamento puede solicitar de cualquier persona cualquier información que determine apropiada y necesaria para la administración de esta sección, ss. 49.19, 49.46, 49.47 y de los programas que llevan a cabo los propósitos de 7 USC 2001 a 2029. Cualquier persona en este estado proporcionará esta información en un plazo de siete días a partir de recibir una solicitud bajo esta subsección.”

CONSENTIMIENTO A LA VERIFICACIÓN

Yo/nosotros entendemos que la información sobre mis salarios y empleos anteriores proveniente de los registros del programa de Seguro de Desempleo se puede compartir con la agencia W-2 para verificar la veracidad de la información de mi/nuestra solicitud, y renuncio/renunciamos a cualquier objeción a esta verificación.

ÚNICAMENTE FIRME DELANTE DE UN REPRESENTANTE DE LA AGENCIA

Yo/nosotros entendemos las penalizaciones por dar información falsa o infringir las reglas del programa. Yo/nosotros certificamos, bajo penalidad legal, que a mi/nuestro mejor saber y entender, todas las respuestas son correctas y están completas, incluida la información sobre la ciudadanía o estado extranjero de cada uno de los miembros de la familia. Yo/nosotros acordamos proporcionar documentos, si se solicitan, para probar lo que he/hemos dicho. Yo/nosotros entendemos que la agencia también puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi/nuestra elegibilidad y el nivel de beneficios.

Yo/nosotros entendimos las preguntas y declaraciones hechas durante la entrevista interactiva. Yo/nosotros vimos que la información que proporcioné/proporcionamos se ingresó en el sistema de computación del estado (CARES).

Firma de la persona primaria	Fecha de la firma
Firma de otro adulto	Fecha de la firma
Firma de otro adulto	Fecha de la firma

Autorización del Solicitante o Participante para Representación

Autorizo a _____ (nombre del representante) a que me represente en mi solicitud/revisión para W-2, Child Care Assistance, Medicaid, o FoodShare ante la agencia tribal o del condado que administra esos programas, y a que proporcione la información y los documentos que puedan ser necesarios para establecer mi elegibilidad para esos programas. Declaro que, según lo que sé, la información dada por mi representante será verdadera y correcta. Acuerdo que si mi representante da información incorrecta, seré responsable por cualquier error. Mi representante y yo entendemos que podría haber penalizaciones legales por dar información falsa. **Debe tener un testigo de su firma. Si firma con una “X” deberá tener dos testigos.**

Firma del solicitante/participante	Fecha de la firma
Firma del testigo	Fecha de la firma
Firma del testigo	Fecha de la firma

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO