

**REGISTRO EN PROGRAMAS WISCONSIN WORKS (W-2) Y RELACIONADOS**  
W-2 AND RELATED PROGRAMS REGISTRATION

La fecha de su solicitud se fija en la fecha que complete la entrevista o la fecha en que recibamos este formulario con su nombre, dirección y firma. Las personas sin casa no tienen que dar dirección. Pero, todo el proceso de solicitud, incluyendo completar este formulario de registro, completar la solicitud, completar la entrevista y firmar la solicitud debe hacerse antes de que usted reciba beneficios o servicios. Nosotros le diremos por escrito dentro de 30 días calendario si usted es elegible. Es importante fijar la fecha de su solicitud pronto para que pueda recibir beneficios o servicios lo más pronto posible. Dar o solicitar Número de Seguro Social (SSN) es voluntario, pero la persona que desea ayuda pública y no da su SSN o no solicita uno, no será elegible para los beneficios. Los SSNs y la información personal de identificación se usarán sólo para la administración directa de los programas de asistencia pública. La información personal que proporcione se puede usar para otros propósitos [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

- W-2:** Usted se reunirá con un Especialista de Recursos el día que entregue este Registro firmado a la agencia W-2 o el día siguiente. Pagos o servicios pueden comenzar el día de su colocación en una posición de empleo W-2.
- Refugee Cash Assistance (RCA):** Elegibilidad comienza en la fecha de la solicitud. Los pagos se prorratean entre los beneficios del primer y último mes. El pago inicial debe hacerse dentro de cinco días de trabajo después de determinar elegibilidad y cada pago mensual debe hacerse el primer día del mes siguiente.

**Cómo usar este formulario de registro**

1. Escriba sólo con tinta azul o negra.
2. No escriba en las áreas grises.
3. Si necesita ayuda para completar el formulario de registro, comuníquese con la agencia local anotada abajo. Si tiene alguna discapacidad y necesita esta solicitud en formato alternativo o necesita traducción a otro idioma, comuníquese con la agencia local anotada abajo. Los servicios de traducción son gratis.

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA			
Nombre de la agencia		Número de teléfono de la agencia	Fecha recibido
Dirección de la agencia (calle, ciudad, estado, código postal)		RFA/Número de caso	
REGISTRO			
Nombre solicitante		Número de teléfono residencia solicitante	
Dirección residencia de solicitante	Ciudad	Estado	Código postal
Número Seguro Social (Sólo solicitante)*	Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha nacimiento (mes/día/año)	
Firma solicitante	Fecha firma solicitante		
Firma Representante autorizado		Fecha firma	

[El formulario "Authorization of Participant Representative (DCF-F-DWSP2375) también debe completarse]

- ✓ ¿Recibió usted el folleto "**Benefits and Services Offered at Wisconsin Works (W-2) Agencies**" (DCF-P-DWSP11890)? Usted puede ser elegible para otros beneficios y servicios y este folleto tiene información de lo que hay disponible para usted y su familia.
- ✓ ¿Recibió usted el folleto "**What to Bring With You**" (DCF-P-DWSP2372)? Cuando solicite, le pedirán que muestre prueba de información tal como: Edad, identidad, Número de Seguro Social, condición de Ciudadanía, Ingreso y Bienes de las personas que solicitan ayuda. El folleto "**What to Bring With You**" tiene información de lo que debe llevar a la entrevista.