

RECHAZO VOLUNTARIO DE ASISTENCIA
VOLUNTARY DECLINING AID

La información personal que proporcione se puede usar para otros propósitos [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

Nombre del participante	Número de caso	Fecha de la firma
-------------------------	----------------	-------------------

1. Rechazo de asistencia para el case

Yo, rechazo voluntariamente asistencia para:

Wisconsin Works (W-2) Child Care Assistance (CC)

Otr _____

Entiendo que en el futuro puedo solicitar que se reconsidere mi caso para la asistencia que ahora rechazo.

Firma del participante

Fecha de la firma

Para una persona que rechaza asistencia

Yo, rechazo voluntariamente asistencia para: **[Marque el o los Programas, esto no se aplica a los servicios W-2]**

Nombre	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS

Entiendo que si en el futuro deseo asistencia para esta(s) persona(s), puedo solicitar la reconsideración en cualquier momento. También entiendo que se puede considerar el ingreso y los activos de esta(s) persona(s) para determinar la elegibilidad y los beneficios para mi caso.

Firma del participante

Fecha de la firma

2. SOLICITUD DE CAMBIO

Deseo cambiar mi decisión anterior de rechazar voluntariamente asistencia para mi caso o para una persona en mi caso. Por favor, vuelva a determinar la elegibilidad para la(s) siguiente(s) persona(s) y/o programa(s).

Marque el o los programas: Wisconsin Works (W-2), Child Care Assistance (CC), Medicaid y/o FoodShare (FS).

Nombre	<input type="checkbox"/> W-2	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> W-2	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> W-2	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS
Nombre	<input type="checkbox"/> W-2	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> FS

Firma del participante

Fecha de la firma

Copia: Participante

Original: Expediente del caso

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO