

**RECHAZO VOLUNTARIO DE ASISTENCIA**

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 caso**

Yo, rechazo voluntariamente asistencia para:

Wisconsin Works (W-2)

Child Care Assistance (CC)

Otro \_\_\_\_\_

**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**