

Solicitud

Wisconsin Works (W-2) y programas relacionados

¿Qué programas está solicitando? (Marque lo que sea pertinente)

Programa W-2 Job Access Loan Child Care Assistance Refugee Cash Assistance (RCA)

Cómo usar este formulario de Solicitud

1. Escriba con tinta azul o negra.
2. No escriba en las áreas grises.
3. Complete toda la solicitud, pero no la firme hasta que se reúna con personal de la agencia.
4. Si necesita más espacio, use otras hojas de papel.
5. Si necesita ayuda para completar la Solicitud, comuníquese con la agencia local anotada en la Sección 1 de esta solicitud. Si tiene alguna discapacidad y necesita esta solicitud en formato alternativo, o necesita traducción a otro idioma, comuníquese con la agencia local anotada en la Sección 2 de esta solicitud. Los servicios de traducción son gratis.

¿Recibió los siguientes documentos? Léalos y guárdelos para usar en el futuro.

- ✓ Anexo a Solicitud/Registro (DCF-F-DWSP2378-1)
- ✓ Derechos y Responsabilidades – Una Guía de Ayuda (DCF-P-DWSP398)
- ✓ W-2 Acuerdo de participación (DCF-F-DWSP10755) (Sólo solicitantes de W-2 y RCA)

¿Está usted pidiendo sólo mantenimiento de menores (Child Care)? Si responde sí, vaya a la Sección VIII, Parte 2; Sección VIII, Historia de empleo; y Sección IX.

La información personal que dé sera compartida con otros sólo con el propósito de administración del programa Wisconsin Works (W-2) y otros programas relacionados [Wis. Statutes, s. 49.83]. Vea el Anexo de Solicitud/Registro (DWSP-2378-1) para más información.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN AGENCIA W-2, AGENCIA SERVICIOS SOCIALES/HUMANOS DEL CONDADO, TRIBU (Para ser completado sólo por la agencia)		
Nombre de la agencia	Número de teléfono de la agencia	Fecha recibido
Dirección de la agencia (calle, ciudad, estado, código postal)	Nombre del caso	Número del caso

SECCIÓN II: PERSONA QUE COMPLETA LA SOLICITUD SI NO ES EL SOLICITANTE (Si necesita ayuda para completar la solicitud, puede pedirle a otra persona o nombrar un Representante Autorizado que lo/a represente en el proceso de solicitud. Pida a esa persona que responda las preguntas. Si no, vaya a la Sección III).		
Nombre de persona que completa la solicitud (si no es el solicitante)	Relación con solicitante	Número de teléfono

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Nombre del solicitante		Número de teléfono de residencia del solicitante	
Nombre de soltera de solicitante u otro nombre usado		Número de teléfono del trabajo de solicitante	Otro teléfono donde puede encontrarse a solicitante
Dirección residencial de solicitante		Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correos de solicitante (si es otra)		Idioma en que desea aviso de programa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	¿Qué idioma se habla en la casa?

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA									
Anote nombres de todos lo que viven en su casa (comience con usted) Apellido, nombre, inicial	¿Pide usted ayuda para esta persona?	Número Seguro Social (Sólo Aquellos que solicitan)	Fecha nacimiento (MES/DÍA/AÑO) <i>Ejemplo:</i> 09/08/1965	Sexo M – Masculino F – Femenino	Estado civil	Ciudadano USA o extranjero calificado (sólo quienes postulan)	Origen étnico* (Opcional)	Raza** (Opcional)	Relación con solicitante <i>Ejemplo:</i> Padre/madre, novio, hijo, hija, amigo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Solicitante
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

*En **orien étnico**, si usted es Hispano o Latino anote en el espacio indicado, de otro modo, deje en blanco

En **Raza, anote una que sea pertinente: Asiática, negra o africana americana, indio americano, nativo de Alaska, Hawaii u otras islas del pacífico, blanca

SECCIÓN V: INFORMACIÓN NO FINANCIERA			
¿Tiene usted un hijo/a menor de 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Viven sus hijos con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted 18 años de edad o es mayor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted custodia legal de los niños que viven con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha rehusado trabajo o dejado el trabajo en los últimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe usted Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) o Seguro Social por Discapacidad (SSDI)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Participó usted en un programa W-2 en los últimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted trabajador migante en Wisconsin?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay algún miembro de la familia que esté escapando de la justicia para evitar enjuiciamiento o que está violando una condición de libertad condicional o prueba o que ha sido condenado por un crimen de droga desde el 22 de agosto de 1996? Si es afirmativo, anote el nombre o nombres:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted embarazada? Si es afirmativo, ¿cual es la fecha del parto ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguna persona en su casa que recibe pagos del programa W-2?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene intenciones de seguir viviendo en Wisconsin?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted de huelga de algún trabajo? Si es afirmativo, ¿cuándo comenzó la huelga? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCION VI: INFORMACION DEL PADRE/MADRE AUSENTE				
¿Alguno de los niños tienen un padre (s) natural o adoptivo que no está viviendo en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde no, vaya a la Sección VII)				
Nombre del padre/madre ausente	Número de Seguro Social (sólo si tiene)	Fecha Nacimiento (mes/día/año)	Nombre/s de niño/s	Relación con el niño
Razón de ausencia del padre/madre		Fecha en que padre/madre dejó la casa	Fecha del último contacto con el padre/madre	Se estableció paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre/madre ausente	Número de Seguro Social (sólo si tiene)	Fecha Nacimiento (mes/día/año)	Nombre/s de niño/s	Relación con el niño
Razón de ausencia del padre/madre		Fecha en que padre/madre dejó la casa	Fecha del último contacto con el padre/madre	Se estableció paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre/madre ausente	Número de Seguro Social (sólo si tiene)	Fecha Nacimiento (mes/día/año)	Nombre/s de niño/s	Relación con el niño
Razón de ausencia del padre/madre		Fecha en que padre/madre dejó la casa	Fecha del ultimo contacto con el padre/madre	Se estableció paternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN VII: INFORMACIÓN FINANCIERA

PARTE 1: INGRESO DE LA FAMILIA

¿Recibe alguien de la familia ingreso de algún trabajo? Sí No (Si responde no, vaya a la proxima pregunta)

Miembros de la familia	Empleador	Con qué frecuencia le pagan (semanal, quincenal, mensual, casi semanal)	Cantidad bruta
		\$	
		\$	
		\$	

¿Tien algún familiar que vive con usted trabajo propio o es dueño de una granja? Sí No (si responde no, vaya a la próxima pregunta)

Tipo de negocio	Ingreso anual bruto
	\$
	\$

¿Recibe alguien de la familia ingreso no ganado (ejemplo, mantenimiento, SSI, herencia, retiro, caridad)? Sí No (si responde no, vaya a la próxima pregunta)

Tipo de ingreso		¿Quién lo recibe?	Cantidad bruta mensual	¿Espera que continúe?	Tipo de ingreso		¿Quién lo recibe?	Cantidad bruta mensual	¿Espera que continúe?
Ingreso de Seguro Suplemental (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pago por disabilidad/ enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Interés/ dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión/mantenimiento de menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compensación trabajador/desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro ingreso (Describa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 2: BIENES (SOLICITANTES SÓLO DE MANTENIMIENTO DE MENORES PUEDEN PASAR POR ALTO ESTA SECCIÓN)

¿Tiene alguno de sus familiares el tipo de bienes anotados abajo (dinero efectivo, cheques o cuentas de ahorro, etc)? Sí No (vaya a la próxima pregunta)

Tipo de bienes	Nombre del dueño(s)	Valor efectivo actual	Descripcion (Banco/Institución Financiera – nombre y número de la cuenta)
Dinero efectivo		\$	
Cuenta de cheques		\$	
Cuenta de ahorros		\$	
Seguro de vida		\$	
Otros (acciones, bonos certificados de depósito, IRA, fideicomisos):		\$	

¿Tiene alguno de sus familiares un vehículo? Sí No (vaya a la próxima pregunta)

Tipo (automóvil, camión, otro)	Año/ marca/ modelo	Cantidad que todavía adeuda
		\$
		\$

¿Tiene alguno de sus familiares una propiedad? Sí No (vaya a la próxima pregunta)

Tipo: (casa u otro tipo)	Dirección	Valor estimado	Cantidad que todavía adeuda
		\$	\$
		\$	\$

SECCIÓN VIII: INFORMACIÓN DE EMPLEO**¿Está usted trabajando?** Sí No (vaya a la próxima pregunta)**Empleo actual**

Empleador actual	Dirección del empleador	
Título de su trabajo	Ciudad, estado, código postal del empleador	
Deberes de su trabajo:	Fecha comienzo	¿Tiene usted cobertura de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Salario	Horas/semana

¿Si usted no trabaja ahora, ha trabajado antes? Sí No (vaya a la Sección IX)**Historia de empleo** (Solicitantes sólo de cuidado de menores vayan a la Sección X)

Empleador previo	Dirección del empleador	
Título de su trabajo	Ciudad, estado, código postal del empleador	
Deberes de su trabajo:	Fecha comienzo	Fecha término
	Salario	Horas/semana
	Razón por dejar el trabajo:	

Empleador previo	Dirección del empleador	
Título de su trabajo	Ciudad, estado código postal del empleador	
Deberes de su trabajo:	Fecha comienzo	Fecha término
	Salario	Horas/semana
	Razón por dejar el trabajo:	

Empleador previo	Dirección del empleador	
Título de su trabajo	Ciudad, estado, código postal del empleador	
Deberes de su trabajo:	Fecha comienzo	Fecha término
	Salario	Horas/semana
	Razón por dejar el trabajo:	

Responda las siguientes preguntas relacionadas a empleo:

¿Ha sido voluntario/a o tenido trabajo independiente alguna vez? Sí No (si responde sí, describa lo que hizo)

¿Tiene licencia para conducir válida?
 Sí No

¿Tiene seguro de automóvil?
 Sí No

¿Tiene transporte para ir al trabajo? Sí No
(¿Si tiene transporte, de qué tipo es?)

¿Para qué tipo de trabajo está usted disponible ahora?

¿Hay algo que le impida trabajar o mantener a su familia? Sí No (Explique si responde sí):

SECCIÓN IX: INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO (SOLICITANTES SÓLO DE CUIDADO DE MENORES PUEDEN SALTAR ESTA SECCIÓN)

Nivel más alto de escuela:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria (ultimo grado completado _____) | <input type="checkbox"/> Colegio técnico (si tuvo, anote título o certificado obtenido _____) |
| <input type="checkbox"/> Diploma escuela secundaria obtenido | <input type="checkbox"/> Colegio técnico (si lo tuvo, qué curso estudió _____) |
| <input type="checkbox"/> Obtuvo GED/HSED | <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio (si lo tuvo, qué título o certificado obtuvo _____) |
| | <input type="checkbox"/> Parte de Universidad/Colegio (si lo tuvo, qué curso estudió _____) |

¿Qué otro entrenamiento o habilidad ha recibido, por ejemplo: Microsoft Office, ingreso de datos, escritura a máquina y otro entrenamiento para capacidad en computación?
(Anote dónde, y cuándo terminó entrenamiento)

NOTA: No ponga su inicial o firma en las próximas dos secciones si no se ha reunido con un Representante de la Agencia

SECCIÓN X: Lea y marque cada declaración de abajo. (IPONGA SU INICIAL SÓLO FRENTE A UN REPRESENTANTE DE LA AGENCIA)

- VERIFICACIÓN:** Yo autorizo a la agencia de servicios humanos/sociales W-2 del condado o tribu y al Departamento de Desarrollo de Fuerza Laboral que solicite o reciba información que sea adecuada y necesaria para la administración adecuada del programa W-2. Las fuentes de información podrían ser, pero no limitarse al Servicio de Impuestos Internos, División de Seguro de Desempleo y Departamento de Transporte. También entiendo que cualquier persona, incluyendo instituciones financieras, agencia de cobranza, empleador o institución educativa tiene autorización para divulgar esta información, de acuerdo a los estatutos de Wisconsin Statute, s.49.22(2m) and s.49.143(5)(a).
- REVELACIÓN/CONSENTIMIENTO:** Yo entiendo que la información de salarios y empleos previos registrados en el programa de Seguro de Desempleo puede compartirse con la agencia (que puede ser una organización pública o privada para confirmar la veracidad de la información de esta solicitud).
- MULTAS POR INFORMACIÓN FALSA:** Yo entiendo las preguntas y declaraciones de este formulario de solicitud. Yo entiendo las multas por dar información o infringir los reglamentos. Yo certifico, bajo sanción legal, que mis respuestas son correctas y completas, según mi entender, incluyendo información sobre mi ciudadanía o condición de inmigración de cada persona que pide ayuda. Yo entiendo y estoy de acuerdo en dar los documentos para comprobar lo que he dicho dentro de siete (7) días de haber hecho la solicitud. Yo entiendo que la agencia local podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de elegibilidad y nivel de beneficios..
- Yo he recibido y entiendo el formulario Anexo a "Application/Registration" (DCF-F-DWSP2378-1) (sólo solicitantes de W-2, RCA y "Child Care")
- Yo he recibido y entiendo los Derechos y Responsabilidades – Guía de Ayuda (DCF-P-DWSP398) (sólo solicitantes de W-2, RCA y "Child Care")
- Yo he recibido y entiendo el formulario "W-2 – Acuerdo de Participación" (DCF-F-DWSP10755) (sólo solicitantes de W-2)

SECCIÓN XI: Firmas (FIRME SÓLO FRENTE A UN REPRESENTANTE DE LA AGENCIA)

Firma de solicitante	Fecha firma
Otro adulto en la familia	Fecha firma
Otro adulto en la familia	Fecha firma
Firma Representante autorizado (<i>El formulario "Authorization of Participant Representative (DWSP-2375) también debe completarse</i>)	Fecha firma
Firma personal de la agencia	Fecha firma

Usted puede pedir una copia de su solicitud firmada.

