WFF

State of Wisconsin

Department of Children and Families

Division of Family and Economic Security

**REVISIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE HECHOS**

**RETIRO VOLUNTARIO**

**(Fact Finding Review Voluntary Withdrawal)**

La agencia W-2 debería completar este formulario y proporcionar una copia al demandante y a la parte encargada de la determinación de hechos. Los campos se pueden llenar.

La información personal que proporcione puede ser utilizada para fines secundarios (Ley de Privacidad, Sección 15.04(1)(m), Leyes de Wisconsin].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Número de causa | Fecha       /     / |
| Nombre del trabajador | Teléfono del trabajador  (     )       - | |

Retiro el pedido que realicé de una Revisión de la Determinación de Hechos programada para el //**.** Esto no cambia ninguna solicitud que haya hecho o que pueda hacer con respecto a una audiencia de FoodShare, BadgerCare Plus o Child Care Fair ante el Departamento de Administración, División de Audiencias y Apelaciones.

**Fecha en la que solicité la Determinación de hechos:**//

**Decisión de la agencia que yo consideré equivocada y fecha de la notificación que me informó esta decisión:**

**Razón del retiro:**

**Medida(s) que debe tomar la agencia** (Por favor incluya la(s) fecha(s) de vencimiento si corresponde. La(s) fecha(s) de vencimiento no puede(n) superar los 7 días hábiles desde la fecha de hoy.)

**Medida(s) que debo tomar yo** (Por favor incluya la(s) fecha(s) de vencimiento si corresponde. Si el demandante no debe tomar ninguna medida, por favor indique “ninguna”.)

**Derecho al restablecimiento de mi solicitud de determinación de hechos**

Acepto retirar mi solicitud de revisión de la determinación de hechos si la agencia toma la(s) medida(s) indicada(s) arriba. También acepto tomar toda medida indicada arriba que me corresponda a mí. Si la(s) medida(s) indicada(s) arriba no ocurren antes de la fecha de vencimiento, mi retiro se vuelve nulo y mi solicitud original de determinación de hechos se restablece. Si se restablece mi solicitud de determinación de hechos, la agencia W-2 programará una cita para la revisión de la determinación de hechos dentro de los 8 días hábiles de la fecha de vencimiento de la(s) medida(s) indicada(s) arriba. Si mi agencia W-2 no programa la cita para la revisión de la determinación de hechos, puedo llamar al Bureau of Working Families al 855-757-4539 (línea gratuita) para recibir ayuda.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante/participante | Fecha de la firma |
| Firma del representante de la agencia W-2 | Fecha de la firma |

|  |  |
| --- | --- |
| **Para uso de la agencia únicamente** | |
| Por favor firme y coloque la fecha en esta sección después de terminar la pantalla WPFF de CARES. | |
| Firma del representante de la agencia W-2 | Fecha de la firma |

DCF-F-DWSP11155-S (R. 08/2011) (T. 08/2011)