**REP**

**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Family and Economic Security

# Wisconsin Works (W-2) و برنامه ‌های مرتبط

**مجوز نماینده شرکت کننده**

# WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS AUTHORIZATION OF PARTICIPANT REPRESENTATIVE

**ممکن است از اطلاعات شخصی که ارائه می دهید برای اهداف فرعی استفاده شود** [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wis. Stats.]

فردی که "تقاضانامه Wisconsin Works (W-2) و برنامه های مرتبط" را تکمیل کرده است باید این فرم را تکمیل کند.

|  |  |
| --- | --- |
| نام سازمان | شماره تلفن سازمان |
| نام پرونده | شماره پرونده |

|  |  |
| --- | --- |
| نام – نماینده قانونی (نام خانوادگی، نام، حرف اول نام میانی) | شماره تلفن نماینده قانونی |
| نشانی نماینده قانونی (خیابان، شهر، ایالت، کد زیپ) | |

من به      (نام نماینده قانونی فهرست شده در بالا) مجوز می دهم نماینده من در تقاضانامه/بازبینی من برای Wisconsin Works (W-2) یا کمک هزینه نقدی پناهندگی (RCA) باشد. همچنین، به نماینده خود مجوز می‌دهم اطلاعات و مدارکی را که ممکن است برای احراز صلاحیت من برای W-2 و RCA. لازم باشد ارائه دهد. من اطلاعاتی به نماینده خود ارائه خواهم داد که تا جایی که اطلاع دارم، راست و صحیح هستند. من و نماینده ام از مجازات های مربوط به ارائه اطلاعات جعلی آگاه هستیم. واقف هستم که اگر محرز شود من اظهارات نادرست ارائه کرده ام یا هویت یا اقامت خود را خلاف واقع عنوان کرده ام تا پرداخت های متعدد دریافت کنم، ممکن است به مدت 10 سال صلاحیت مشارکت را نداشته باشم. اگر برای دریافت پرداخت ها، عمداً اظهارات نادرست ارائه دهم، ممکن است به جرم کلاهبرداری تحت پیگرد قرار گیرم.

|  |  |
| --- | --- |
| امضای متقاضی **یا شناسه تعامل امضای تلفنی** | تاریخ امضای متقاضی |

من، به عنوان نماینده قانونی، واقف هستم که نماینده متقاضی مذکور فوق برای واجدیت شرایط W-2 یا RCA هستم و تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات ارائه   
شده راست و صحیح هستند.

|  |  |
| --- | --- |
| امضای نماینده قانونی **یا شناسه تعامل امضای تلفنی** | تاریخ امضای نماینده قانونی |