**Wisconsin Works (W-2) et Candidature aux programmes connexes**

Wisconsin Works (W-2) and related programs application

**Pour quels programmes postulez-vous ?** (Cochez tout ce qui s'applique)

**Programme W-2**  **Prêt d'accès à l'emploi**  **Aide à la garde d'enfants**  **Aide financière aux réfugiés (Refugee Cash**

**Assistance, RCA)**

**Comment utiliser ce formulaire de demande**

1. Utilisez de l'encre bleue ou noire.
2. N'écrivez pas dans les zones ombrées.
3. Remplissez complètement cette demande, mais ne la signez pas avant d'avoir rencontré un membre du personnel de l'agence.
4. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez des feuilles de papier supplémentaires.
5. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire de demande, contactez l'agence locale indiquée dans la section I de cette demande. Si vous avez un handicap et avez besoin d'accéder à cette application dans un autre format, ou si vous avez besoin qu'elle soit traduite dans une autre langue, contactez l'agence locale indiquée dans la section I de cette application. Ces services de traduction sont gratuits.

**Avez-vous reçu les documents suivants ?** Veuillez les lire et les conserver pour une utilisation future.

* Droits et responsabilités - Un guide d'aide (DCF-P-DWSP398)
* W-2 Accord de participation (DCF-F-DWSP10755-E) (W-2 et RCA demandeurs uniquement)

**Postulez-vous uniquement pour la garde d'enfants ?** Si oui, vous pouvez sauter la Section VIII, Partie 2 ; Section VIII, Antécédents professionnels; et Section IX.

Les informations personnelles que vous fournissez peuvent être utilisées à des fins secondaires [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. Il est obligatoire que vous donniez votre numéro de sécurité sociale (SSN) est obligatoire en vertu Wisconsin Statutes 49.145 (2)(k). Votre SSN peut être vérifié par le biais de programmes informatiques de mise en correspondance et peut être utilisé pour surveiller la conformité aux réglementations du programme et à la gestion du programme. Votre SSN peut être divulgué à d'autres agences fédérales et étatiques pour examen officiel. Si vous ne donnez pas votre numéro de sécurité sociale, votre demande de prestations sera refusée.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section I: W-2 agency, county or tribal human/social services agency Information** (To be filled out by the agency only)  DWSW-2471 (R. 03/2005) | | | | |
| Agency Name | | Agency Telephone Number | | Date Received |
| Agency Address (Street, City, State, Zip Code) | Case Name | | Case Number | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section II: Personnes Remplissant La Demande Si Ce N'est Pas Le Demandeur** (Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, vous pouvez demander à une autre personne de vous aider ou nommer un représentant autorisé pour vous représenter dans le processus de demande. Demandez ensuite à cette personne de répondre aux questions suivantes (si ce n'est pas le cas, passez à la section III). | | |
| Nom de la personne remplissant la demande (si autre que le demandeur) | Relation avec le demandeur | Téléphone du demandeur |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Section III: Informations Sur Le Demandeur** | | | |
| Nom du demandeur | Numéro de téléphone personnel du demandeur | | |
| Nom de jeune fille ou autre nom utilisé du demandeur | Numéro de téléphone au travail du demandeur | Autre numéro de téléphone auquel le demandeur peut être joint | |
| Adresse de Résidence du demandeur | Ville | État | Code postal |
| Adresse postale du candidat (si différente) | Cochez la langue dans laquelle vous souhaitez que les avis de programme soient imprimés:  Anglais  Espagnol | Langue principale parlée à la maison ? | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section IV: Renseignement Sur Le Menage** | | | | | | | | | | | | | |
| Énumérez les noms de toutes les personnes vivant dans votre ménage (commencez par vous-même)  Nom (Nom, Prénom, MI) | Faites-vous une demande d'aide pour cette personne? | Numéro de sécurité sociale  (pour les candidats uniquement) | Date de naissance (JJ/MM/CCYY)  *Exemple:* 09/08/1965 | Sexe  H – Homme  F – Femme | | État civil | | Citoyen américain ou appartenance ethnique étrangère qualifiée  (pour les candidats uniquement) | Origine ethnique\*  (facultatif) | Race\*\* (facultatif) | Relation avec le demandeur  *Exemple:* Parent, petit ami, fils, fille, ami | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  | Candidat | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
|  | Oui  Non |  |  | H  F | | Marié  Célibataire  Divorcé | | Oui  Non |  |  |  | | |
| \*Pour ***l'ethnicité***, si vous êtes hispanique ou latino, écrivez-le dans l'espace prévu, sinon laissez vide  \*\* Pour la ***Race***, entrez l'un des éléments suivants qui s'appliquent: asiatique, noir ou afro-américain, amérindien ou natif de l'Alaska, natif hawaïen ou Autre habitant des îles du Pacifique, Blanc | | | | | | | | | | | | | |
| **Section V: Informations Non Financieres** | | | | | | | | | | | | |
| Êtes-vous le parent d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans ? | | | | | Oui  Non | | Votre ou vos enfants vivent-ils avec vous ? | | | | | Oui  Non |
| Avez-vous 18 ans ou plus ? | | | | | Oui  Non | | Avez-vous la garde légale d'un ou de plusieurs enfants qui vivent avec vous ? | | | | | Oui  Non |
| Avez-vous refusé ou quitté un emploi au cours des six (6) derniers mois ? | | | | | Oui  Non | | Bénéficiez-vous du Revenu Complémentaire de Sécurité (SSI) ou de l'Assurance Invalidité de la Sécurité Sociale (SSDI) ? | | | | | Oui  Non |
| Avez-vous participé à un W-2 au cours des six (6) derniers mois ? | | | | | Oui  Non | | Êtes-vous un travailleur migrant dans le Wisconsin ? | | | | | Oui  Non |
| Y a-t-il un membre du ménage qui est un criminel en fuite qui évite les poursuites ou qui viole une condition de probation ou de libération conditionnelle ou qui a été reconnu coupable d'un crime de drogue depuis le 22 août 1996 ?  Si oui, écrivez le(s) nom(s): | | | | | Oui  Non | | Êtes-vous enceinte ?  Si oui, quelle est votre date d'accouchement ? | | | | | Oui  Non |
| Y a-t-il une autre personne dans votre foyer qui reçoit des paiements W-2 ? | | | | | Oui  Non | | Avez-vous l'intention de continuer à vivre dans le Wisconsin ? | | | | | Oui  Non |
| Vous êtes en grève d'un travail ?  Si oui, quand la grève a-t-elle commencé ? | | | | | Oui  Non | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section VI: Renseignement Sur Le Parent Absent** | | | | | |
| Y a-t-il des enfants qui ont un ou des parents naturels ou adoptifs qui ne vivent pas à la maison ?  Oui  Non (Dans la négative, passez à la section VII) | | | | | |
| Nom du parent absent | Numéro de sécurité sociale (uniquement si disponible) | Date de naissance  (JJ/MM/AA) | Nom(s) de l'enfant ou des enfants | | Lien avec l'enfant |
| Raison de l'absence du parent | | Date du départ du parent | Date du dernier contact dont la | Paternité des parents établie  Oui  Non | |
| Nom du parent absent | Numéro de sécurité sociale (uniquement si disponible) | Date de naissance  (JJ/MM/AA) | Nom(s) de l'enfant ou des enfants | | Lien avec l'enfant |
| Raison de l'absence du parent | | Date du départ du parent | Date du dernier contact dont la | Paternité des parents établie  Oui  Non | |
| Nom du parent absent | Numéro de sécurité sociale (uniquement si disponible) | Date de naissance  (JJ/MM/AA) | Nom(s) de l'enfant ou des enfants | | Lien avec l'enfant |
| Raison de l'absence du parent | | Date du départ du parent | Date du dernier contact dont la | Paternité des parents établie  Oui  Non | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section VII: Renseignements Financiers** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Partie 1: Revenu du ménage** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quelqu'un dans le ménage reçoit-il un revenu d'un emploi ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Membre du ménage** | | | | **Employeur** | | | | | | | | | | **À quelle fréquence êtes-vous payé**  **(hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuel, bimensuel) ?** | | | | | | | | **Montant brut** | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | $ | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | $ | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | $ | |
| **Quelqu'un dans le ménage est-il un travailleur indépendant ou quelqu'un possède-t-il une ferme ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d'entreprise** | | | | | | | | | | | **Revenu brut annuel** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | |
| **Quelqu'un dans le ménage perçoit-il des revenus non gagnés (tels que pension alimentaire pour enfants, SSI, héritage, retraite, charité) ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de revenu** |  | **Qui le reçoit ?** | | | | | **Montant mensuel brut** | | **Devrait-il continuer ?** | | | **Type de revenue** | | | |  | | **Qui le reçoit ?** | | **Montant mensuel brut** | | | **Devrait-il continuer ?** |
| Revenu de sécurité supplémentaire (SSI) | Oui  Non |  | | | | | $ | | Oui  Non | | | Indemnité d'invalidité/  maladie | | | | Oui  Non | |  | | $ | | | Oui  Non |
| Revenu d'invalidité de la sécurité sociale (SSDI) | Oui  Non |  | | | | | $ | | Oui  Non | | | Intérêts/  Dividendes | | | | Oui  Non | |  | | $ | | | Oui  Non |
| Pension alimentaire/pension alimentaire | Oui  Non |  | | | | | $ | | Oui  Non | | | Prestations pour anciens combattants | | | | Oui  Non | |  | | $ | | | Oui  Non |
| Indemnisation des travailleurs/chômage | Oui  Non |  | | | | | $ | | Oui  Non | | | Autres revenus (décrire) | | | | Oui  Non | |  | | $ | | | Oui  Non |
| **Partie 2: Actifs** (Garde D'enfants Uniquement Les Demandeurs Peuvent Ignorer Cette Section) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quelqu'un dans votre ménage possède-t-il les types d'actifs suivants (tels que des espèces, des comptes chèques ou d'épargne, etc.) ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d'actif(s)** | | | | | **Nom du(des) propriétaire(s)** | | | | | | | | **valeur actuelle/au comptant** | | | | **Description de la (telle que le nom de la banque/institution financière, le numéro de compte)** | | | | | | |
| Espèces | | | | |  | | | | | | | | $ | | | |  | | | | | | |
| Compte-chèques | | | | |  | | | | | | | | $ | | | |  | | | | | | |
| Compte d'épargne | | | | |  | | | | | | | | $ | | | |  | | | | | | |
| Assurance-vie | | | | |  | | | | | | | | $ | | | |  | | | | | | |
| Autres (actions, obligations, certificats de dépôt, IRA, fiducies): | | | | |  | | | | | | | | $ | | | |  | | | | | | |
| **Quelqu'un dans votre foyer possède-t-il un véhicule ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type (voiture, camion, autre)** | | | | | **Année/Marque/Modèle** | | | | | | | | | | | | **Montant encore dû** | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | | | | | |
| **Est-ce qu'un membre de votre ménage possède une propriété ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type: (domicile ou autre)** | | | | | **Adresse** | | | | | | | | | | | | **Valeur estimée** | | **Montant encore dû** | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | $ | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | $ | | $ | | | | |
| **Section VIII: Informations Sur L'emploi** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Travaillez-vous actuellement ?**  Oui  Non (Si non, passez à la question suivante) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Emploi actuel** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Employeur actuel | | | | | | | | Adresse municipale de l'employeur | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre de votre poste | | | | | | | | Employeur Ville, état, code postal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vos fonctions: | | | | | | | | Date de début | | | | | | | Avez-vous une couverture d'assurance maladie ?  Oui  Non | | | | | | | | |
| Salaire  $ | | | | | | | heures/semaine | | | | | | | | |
| **Si vous ne travaillez pas actuellement, avez-vous eu des emplois par le passé ?**  Oui  Non (Si non, passez à la section IX) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antécédents professionnels** (les candidats à la garde d'enfants uniquement peuvent passer à la section X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Employeur précédent | | | | | | | | Adresse municipale de l'employeur | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre de votre poste | | | | | | | | Employeur Ville, état, code postal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vos fonctions: | | | | | | | | Date de début | | | | | | | Date de fin | | | | | | | | |
| Salaire  $ | | | | | | | heures/semaine | | | | | | | | |
| Raison du départ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Employeur précédent | | | | | | | | Adresse municipale de l'employeur | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre de votre poste | | | | | | | | Employeur Ville, état, code postal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vos fonctions: | | | | | | | | Date de début | | | | | | | Date de fin | | | | | | | | |
| Salaire  $ | | | | | | | heures/semaine | | | | | | | | |
| Raison du départ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Employeur précédent | | | | | | | | Adresse municipale de l'employeur | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre de votre poste | | | | | | | | Employeur Ville, état, code postal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vos fonctions: | | | | | | | | Date de début | | | | | | | Date de fin | | | | | | | | |
| Salaire  $ | | | | | | | heures/semaine | | | | | | | | |
| Raison du départ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veuillez répondre aux questions suivantes liées à l'emploi:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous déjà fait du bénévolat ou travaillé à votre compte ?  Oui  Non (Si oui, veuillez décrire) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous un permis de conduire valide ?  Oui  Non | | | Avez-vous une assurance automobile ?  Oui  Non | | | | | | | Avez-vous un moyen de transport pour vous rendre au travail ?  Oui  Non  (Si oui, quel type de transport avez-vous ?) | | | | | | | | | | | | | |
| Pour quel type d'emploi êtes-vous prêt maintenant ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Y a-t-il quelque chose qui pourrait vous empêcher de travailler et de subvenir aux besoins de votre famille ?  Oui  Non  (Si oui, veuillez expliquer): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section IX: Informations Sur L'éducation Et La Formation** (Garde D'enfants Uniquement Les Demandeurs Peuvent Ignorer Cette Section) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niveau de scolarité le plus élevé: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| école primaire (dernière année terminée   )  Diplôme d'études secondaires obtenu  GED/HSED diplôme ou certification obtenu | | | | | | Certains Collège technique (Si oui, programme d'études Université/Collège (Si oui, diplôme ou certification obtenu      )  Certains Université/Collège (Si oui, programme d'études      )  Université/Collège (Si oui, diplôme ou certification obtenu(e)      )  Certaines Université/Collège (Si oui, programme d'études      ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelle formation ou compétences supplémentaires avez-vous reçue, par exemple une formation sur Microsoft Office, la saisie de données, la dactylographie et d'autres compétences en informatique ? (Inclure quand, où et si vous avez terminé la formation) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REMARQUE: ne paraphez pas ou ne signez pas les deux sections suivantes avant d'avoir rencontré un représentant de l'agence.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section X: lisez et paraphez chaque énoncé ci-dessous.** (INITIALE DEVANT UN REPRÉSENTANT D'AGENCE UNIQUEMENT) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VÉRIFICATION:** J'autorise l'agence W-2 l'agence de services humains/sociaux du Comté ou des peuples autochtones des États-Unis ainsi que le Department of Workforce Development à demander et à recevoir toute information appropriée et nécessaire à la bonne administration du Programme W-2. Les sources d'information peuvent inclure, mais sans s'y limiter, Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division, et le Department of Transportation. Je comprends également que toute personne, y compris toute institution financière, agence d'évaluation du crédit, employeur ou établissement d'enseignement, est autorisée à divulguer ces informations, conformément à la loi du Wisconsin Statute, s.49.22(2m) et s.49.143(5)(a).  **DIVULGATION/CONSENTEMENT:** J'ai bien noté que les informations sur les salaires et l'emploi antérieurs provenant des dossiers du programme d'assurance-chômage peuvent être partagées avec l'agence (qui peut être une organisation publique ou privée pour vérifier l'exactitude des informations fournies sur cette demande.  **PENALITÉS POUR FAUSSES INFORMATIONS:** j'ai bien noté les questions de ce formulaire de demande. J'ai pris note des sanctions pour avoir donné de fausses informations ou enfreint les règles. Je certifie, sous peine de poursuites, que mes réponses sont correctes et complètes au mieux de ma connaissance, y compris les informations sur la citoyenneté ou le statut d'immigrant de chaque personne demandant de l'aide. Je comprends et j'accepte de fournir des documents pour prouver ce que j'ai dit dans les sept (7) jours ouvrables suivant la demande. Je comprends que l'agence locale peut contacter d'autres personnes ou organisations pour obtenir les preuves nécessaires de mon admissibilité et de mon niveau de prestations.  J'ai reçu et compris les Droits et Responsabilités – Manuel d'aide (DCF-P-DWSP398) (W-2, Demandeurs RCA et Garde d'enfants uniquement)  J'ai reçu et compris le formulaire d'accord de participation W-2 (DCF-F-DWSP10755-E) (Candidats W-2 uniquement) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section XI: Signatures** (SIGN DEVANT UN REPRÉSENTANT D'AGENCE UNIQUEMENT) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature du demandeur ou signature téléphonique ID d'interaction | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de signature | | |
| Autre adulte du ménage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de signature | | |
| Autre adulte du ménage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de signature | | |
| Signature du représentant autorisé *(****le formulaire d'autorisation du représentant du participant*** *(DCF-F-DWSP2375-E) doit également être rempli)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de signature | | |
| Signature du personnel de l'agence | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de signature | | |
| **Vous pouvez demander une copie de votre demande signée.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **CASE COMMENTS**  (To be filled out by the agency only.) |