**Solicitud de Wisconsin Works (W-2) y programas relacionados**

WISCONSIN WORKS (W-2) AND RELATED PROGRAMS APPLICATION

**¿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.

* Derechos y Responsabilidades – Una Guía de Ayuda (DCF-P-DWSP398)
* W-2 Acuerdo de participación (DCF-F-DWSP10755-E) (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 usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes].La entrega de su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es de carácter obligatorio según Wisconsin Statutes 49.145 (2)(k). Su SSN podría ser verificado mediante programas informáticos de comparación de datos y podría ser usado para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y la gestión del programa. Su SSN podría ser compartido con otras agencias federales y estatales para una inspección oficial. Si usted no brinda su número de seguro social, su solicitud para los beneficios será denegada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | |
| **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:  Inglés  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)  *Ejemplo*: 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  *Ejemplo*:  Padre/  madre, novio, hijo, hija, amigo | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | | Solicitante | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  No | | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | Sí  No | |  | | | |  | | | | | | | M  F | | | | | | | Casado  Soltero  Divorciad | | | | | | Sí  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? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Viven sus hijos con usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No |
| ¿Tiene usted 18 años de edad o es mayor? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Tiene usted custodia legal de los niños que viven con usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No |
| ¿Ha rehusado trabajo o dejado el trabajo en los últimos seis (6) meses? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Recibe usted Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) o Seguro Social por Discapacidad (SSDI)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No |
| ¿Participó usted en un programa W-2 en los últimos seis (6) meses? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Es usted trabajador migante en Wisconsin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  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: | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Está usted embarazada?  Si es afirmativo, ¿cual es la fecha del parto? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No |
| ¿Hay alguna persona en su casa que recibe pagos del programa W-2? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | ¿Tiene intenciones de seguir viviendo en Wisconsin? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No |
| ¿Está usted de huelga de algún trabajo?  Si es afirmativo, ¿cuándo comenzó la huelga? | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | |
| **Sección VI: información del padre/madre ausente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Alguno de los niños tienen un padre (s) natural o adoptivo que no está viviendo en el hogar?  Sí  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  Sí  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  Sí  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  Sí  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) | | Sí  No |  | | | | | | | | $ | | | Sí  No | | | | | Pago por disabilidad/ enfermedad | | | | | | | Sí  No | | | |  | | | | | | | | $ | | | | Sí  No |
| Ingreso Seguro Social por Disabilidad (SSDI) | | Sí  No |  | | | | | | | | $ | | | Sí  No | | | | | Interés/ dividendos | | | | | | | Sí  No | | | |  | | | | | | | | $ | | | | Sí  No |
| Pensión/mantenimiento de menores | | Sí  No |  | | | | | | | | $ | | | Sí  No | | | | | Beneficios de veterano | | | | | | | Sí  No | | | |  | | | | | | | | $ | | | | Sí  No |
| Compensación trabajador/desempleo | | Sí  No |  | | | | | | | | $ | | | Sí  No | | | | | Otro ingreso (Describa) | | | | | | | Sí  No | | | |  | | | | | | | | $ | | | | Sí  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 Financieria – 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 familiars 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?  Sí  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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escuela primaria (ultimo grado completado   )  Diploma escuela secundaria obtenido  Obtuvo GED/HSED | | | | | | | | | Colegio técnico (si tuvo, anote título o certificado obtenido      )  Colegio técnico (si lo tuvo, qué curso estudió      )  Universidad/Colegio (si lo tuvo, qué título o certificado obtuvo      )  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.** (PONGA 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 Department of Workforce Development 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 Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division y Departament of Transportation. También entiendo que cualquier persona, incluyendo instituciones financieras, agencia de cobranza, empleador o institución educacional 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 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-E) (sólo solicitantes de W-2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección XI: Firmas** (FIRME SÓLO FRENTE A UN REPRESENTANTE DE LA AGENCIA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma de solicitante o ID de Interacción de la firma telefónica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | | | | | |
| Otro adulto en la familia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | | | | | |
| Otro adulto en la familia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | | | | | |
| Firma Representante autorizado *(****El formulario “Authorization of Participant Representative*** *(DCF-F-DWSP-2375-E) también debe completarse)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | | | | | |
| Firma personal de la agencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | | | | | |
| **Usted puede pedir una copia de su solicitud firmada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CASE COMMENTS**  (To be filled out by the agency only.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |