

Scott Walker
Governor



DIVISION OF MEDICAID SERVICES

1 WEST WILSON STREET
PO BOX 309
MADISON WI 53701-0309

Linda Seemeyer
Secretary

State of Wisconsin
Department of Health Services

Telephone: 608-266-8922
Fax: 608-266-1096
TTY: 711

Texto de la firma telefónica - Abril de 2017

Telephonic Signature Text – April 2017

Generate Summary Page

Prompt ID 01: Health Care Only

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado el siguiente programa:

- Health Care (Atención Médica)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.

- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Si se determina que es legible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.

¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 02: FoodShare Only

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado el siguiente programa:

- FoodShare

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Usted certifica, bajo pena de ley y perjurio, que usted entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.

¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 03: Child Care Only

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado el siguiente programa:

- Child Care (Cuidado Infantil)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Usted tiene que proporcionar el número de Seguro Social (SSN) o prueba de que ha solicitado uno únicamente para los niños que solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy Assistance. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.
- Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.
¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 04: Health Care and FoodShare

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado los siguientes programas:

- Health Care (Atención Médica)
- FoodShare

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los servicios de inmigración y ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Usted entiende los requisitos de trabajo de FoodShare.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.
¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 05: Health Care and Child Care

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado los siguientes programas:

- Health Care (Atención Médica)
- Child Care (Cuidado Infantil)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.
- Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.
- Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.

¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 06: FoodShare and Child Care

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado los siguientes programas:

- FoodShare
- Child Care (Cuidado Infantil)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.
- Puede que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.
- Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.
¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Prompt ID 07: Health Care, FoodShare, and Child Care

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado los siguientes programas:

- Health Care (Atención Médica)
- FoodShare
- Child Care (Cuidado Infantil)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.
- Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.
- Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.

- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.
¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

Print Application Registration Page

Prompt ID 08: Registration Request For Assistance (RFA)

Signing Your Application

Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.

Summary of Your Requests

Usted ha solicitado los siguientes programas:

- FoodShare
- Child Care (Cuidado Infantil)
- Health Care (Atención Médica)

Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.

Use of Social Security Number

Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.

Si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, tiene que proporcionar el número de Seguro Social del niño(s) para quien se solicita el beneficio.

Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Telephonic Signature

- Le proporcionaremos un libro de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y deberes y los requisitos de informar para FoodShare y Health Care.
- También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.
- Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.
- Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.
- Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.
- Su información privada será tratada confidencialmente.
- Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.
- Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.
- Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.

- Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.
- Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.
- El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.

¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?

Completing the Signature

Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita.

¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?

Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.