Tony Evers
Gobernador

Kirsten L. Johnson
Secretaria

**State of Wisconsin**
Department of Health Services

**DIVISION OF MEDICAID SERVICES**

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

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

# Texto de firma telefónica 2026 – Español

## TELEPHONIC SIGNATURE TEXT 2026 - SPANISH

### Prompt ID 1: Health Care Only

### Identificador del texto 1: Solo el programa Health Care

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 01 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 2: FoodShare Only

## Identificador del texto 2: Solo el programa FoodShare

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• FoodShare<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 02 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios. |

| | |
|---|---|
| | • Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966. |

| | |
|---|---|
| | ¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 3: Child Care Only

## Identificador del texto 3: Solo el programa Child Care

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Cuidado infantil<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 03 |
| Uso del Número de Seguro Social | Debe proporcionar el Número de Seguro Social o una prueba de que se solicitó dicho número únicamente para los niños para los 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.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores. |

| | |
|---|---|
| | • Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 4: HealthCare and FoodShare

## Identificador del texto 4: HealthCare y FoodShare

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• FoodShare<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 04 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al |

| | |
|---|---|
| | Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 5: Health Care and Child Care

## Identificador del texto 5: Health Care y Child Care

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• Cuidado infantil<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 05 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• 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 cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 6: FoodShare and Child Care

## Identificador del texto 6: FoodShare y Child Care

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• FoodShare<br>• Cuidado infantil<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 06 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy. |

| | |
|---|---|
| | • Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 7: Health Care, FoodShare, and Child Care

## Identificador del texto 7: Health Care, FoodShare y Child Care

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• FoodShare<br>• Cuidado infantil<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 07 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar. |

| | |
|---|---|
| | • Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• 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 cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 8:  Print Application Registration – Registration Request for Assistance (RFA)

## Identificador del texto 8: Registro de solicitud impresa – Solicitud de ayuda (Registration Request for Assistance, RFA)

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• FoodShare<br>• Cuidado infantil<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 08 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Si solicita la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, debe proporcionar el Número de Seguro Social de los niños para los que se solicita el beneficio.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de |

| | |
|---|---|
| | que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial. |

| | |
|---|---|
| | • Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Si firma una solicitud para el subsidio de Wisconsin Shares Child Care, también está solicitando Child Support Services.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 9: Wisconsin Works (W-2) Only

## Identificador del texto 9: Solo el programa Wisconsin Works (W-2)

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Wisconsin Works (W-2)<br><br>Ahora le leeré una lista de declaraciones. Una vez que haya leído estas declaraciones, le pediré que confirme que entiende y que está de acuerdo con cada una de ellas Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 09 |
| Uso del Número de Seguro Social | Debe proporcionar el Número de Seguro Social de cada miembro de su familia que reciba ayuda. Es posible que tenga que proporcionar pruebas de que la persona que no dispone de un Número de Seguro Social ha solicitado uno.<br><br>La ley estatal exige que proporcione un Número de Seguro Social o que solicite uno para determinar la elegibilidad de su familia para el programa W-2. El número que usted le proporcione a la agencia se verificará mediante una comparación por computadora para garantizar el cumplimiento de las normas y la gerencia del programa. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un resumen por escrito de su revisión de elegibilidad. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo de 10 días si ve algo que no es correcto. Si su hijo o sus hijos se mudan de su hogar, deberá notificarlo en un plazo de 5 días hábiles. Si no se contacta con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la revisión de elegibilidad.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar telefónicamente esta revisión de elegibilidad, estamos autorizados a contactarnos con cualquier persona u organización para obtener la información necesaria con el fin de determinar si puede recibir los servicios del W-2.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus servicios W-2 en un formato diferente. |

| | |
|---|---|
| | • Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores para poder participar en Wisconsin Works.<br>• Al firmar esta revisión de elegibilidad para Wisconsin Works, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una investigación si no está de acuerdo con las medidas de la agencia en relación a sus servicios W-2.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 10:  Caretaker Supplement Only

## Identificador del texto 10: Solo el programa Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 10 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social se verificarán y se utilizarán para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente. |

| | |
|---|---|
| | • Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 11: Health Care and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 11: Health Care y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 11 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• 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 cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 12: FoodShare and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 12: FoodShare y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• FoodShare<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 12 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios. |

| | |
|---|---|
| | • El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 13: Child Care and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 13: Child Care y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Cuidado infantil<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 13 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente. |

| | |
|---|---|
| | • Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 14: Health Care, FoodShare, and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 14: Health Care, FoodShare y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• FoodShare<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 14 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron uno. Los Números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al |

| | |
|---|---|
| | Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 15: Health Care, Child Care, and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 15: Health Care, Child Care y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• Cuidado infantil<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 15 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial. |

| | |
|---|---|
| | • Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 16: FoodShare, Child Care, and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 16: FoodShare, Child Care y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• FoodShare<br>• Cuidado infantil<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 16 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar.<br>• Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier |

| | |
|---|---|
| | persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy. |

| | |
|---|---|
| | • Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |

## Prompt ID 17: Health Care, FoodShare, Child Care, and Caretaker Supplement

## Identificador del texto 17: Health Care, FoodShare, Child Care y Caretaker Supplement

| Sección | Texto |
|---|---|
| Firme su solicitud | Ahora le voy a leer un resumen de la información que usted proporcionó y registraré su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que dijo y asegurarse de que usted comprende todo lo que discutimos. Escuche con atención y avíseme si es necesario cambiar alguna información. |
| Resumen de sus solicitudes | Usted solicitó los siguientes programas:<br>• Health Care<br>• FoodShare<br>• Cuidado infantil<br>• Caretaker Supplement<br><br>Ahora le leeremos una lista de declaraciones. Una vez leídas todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y que comprende cada una de ellas. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre cualquiera de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento. |
| Mensaje automático | Identificador del texto: 17 |
| Uso del Número de Seguro Social | Los miembros familiares que soliciten beneficios deben proporcionar su Número de Seguro Social o una prueba de que solicitaron 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 la ayuda del programa Wisconsin Shares Child Care, esta información es obligatoria para los niños.<br><br>Los Números de Seguro Social no se compartirán con U.S. Citizenship and Immigration Services. |
| Firma telefónica | • Le proporcionaremos un folleto de inscripción y beneficios que contiene la descripción completa de sus derechos y responsabilidades, así como los requisitos de notificación para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.<br>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique en el plazo 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.<br>• Usted comprende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.<br>• Puede participar del programa FoodShare Employment and Training (FSET) para recibir ayuda con los obstáculos que le impiden acceder al trabajo, la educación, la capacitación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria pero sí cuenta para ayudar a las personas a cumplir con los requisitos laborales. En el caso de que las actividades de FSET tengan un costo, el programa puede ayudar a cubrir gastos como el combustible, el cuidado infantil, los libros o los uniformes y mucho más, para que pueda participar. |

| | |
|---|---|
| | • Es posible que deba proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización con el fin de obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.<br>• Hay sanciones por proporcionar información falsa o por infringir las reglas.<br><br>En el caso de FoodShare, no puede proporcionar información falsa ni ocultar información para seguir recibiendo beneficios. No puede intercambiar, vender ni alterar los beneficios de FoodShare. No puede usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco. No puede usar los beneficios, la tarjeta de identificación ni documentación de FoodShare perteneciente a otra persona.<br><br>Si usted infringe de forma intencional cualquiera de estas reglas, se le puede negar FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, por 24 meses después de la segunda infracción, y se le puede declarar permanentemente no elegible después de la tercera infracción. Dependiendo de la cantidad de beneficios de FoodShare que use indebidamente, también puede recibir una multa de hasta $250,000, prisión hasta 20 años, o ambas. Un tribunal también puede excluirlo de FoodShare por 18 meses adicionales.<br><br>Será permanentemente no elegible para FoodShare si es condenado por traficar $500 o más de sus beneficios.<br><br>No tendrá permitido recibir beneficios durante 10 años si hace una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener más beneficios de los que le corresponden.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de una sustancia controlada o vende sus beneficios para comprar una sustancia controlada, dejará de ser elegible para FoodShare durante 24 meses después de la primera infracción y permanentemente no elegible después de la segunda.<br><br>Si obtiene beneficios mediante la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente no elegible para FoodShare. Lo mismo aplica si vende sus beneficios para comprar estos artículos.<br>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus derechos civiles.<br>• Su información privada se tratará de forma confidencial.<br>• 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 cede y renuncia a su derecho a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services, hasta el importe que se haya pagado por su atención médica.<br>• Se le pedirá que coopere con la agencia de manutención de menores si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.<br>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, también está solicitando los servicios de manutención de menores.<br>• Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las medidas de la agencia con respecto a sus beneficios.<br>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para encontrar un centro de empleo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.<br><br>¿Certifica que usted, bajo pena de ley y perjurio, comprende las preguntas y las declaraciones que se le han leído y que sus respuestas son correctas y completas según su leal saber y entender? |
| Realización de la firma | Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de igual manera que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?<br><br>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual. |