

Tony Evers  
Governor



DIVISION OF MEDICAID SERVICES

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

Kirsten L. Johnson  
Secretary

State of Wisconsin  
Department of Health Services

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

## Telephonic Signature Text 2024 - Español

### Prompt ID 1: Health Care Only

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	Solicitó los siguientes programas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención médica</li></ul> Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.
Automated Prompt	ID de solicitud: 01
Use of Social Security Number	Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.  Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li><li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li><li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 2: FoodShare Only

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	<p>ID de solicitud: 02</p>
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

### Prompt ID 3: Child Care Only

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado infantil</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 03
Use of Social Security Number	<p>Debe proporcionar el Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que se solicitó el SSN solo para los niños para los cuales está solicitando la Asistencia de Subsidio para Cuidado Infantil de Wisconsin Shares. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 4: HealthCare and FoodShare

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• FoodShare</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 04
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>



## Prompt ID 5: Health Care and Child Care

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• Cuidado infantil</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 05
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 6: FoodShare and Child Care

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> <li>• Cuidado infantil</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 06
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a</li> </ul>

	<p>cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Cuidado infantil</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	<p>ID de solicitud: 07</p>
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• El sitio web Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

<b>Section</b>	<b>Text</b>
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Cuidado infantil</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 08
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, debe proporcionar el Social Security Number (Número de Seguro Social) para los niños para los cuales se solicita el beneficio.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare y Atención Médica.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Si firma una solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>



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

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wisconsin Works (W-2)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 09
Use of Social Security Number	<p>Debe proporcionar un Social Security Number (Número de Seguro Social) para cada miembro de su familia que reciba asistencia. Es posible que necesite proporcionar prueba de que una persona que no tiene un Social Security Number (Número de Seguro Social) ha solicitado uno.</p> <p>La ley estatal requiere que proporcione un Social Security Number (Número de Seguro Social) o que solicite uno para determinar la elegibilidad de su familia para W-2. El número que proporcione a la agencia será verificado a través de un programa de emparejamiento computarizado para garantizar el cumplimiento de las regulaciones y la gestión del programa.</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un resumen escrito de su revisión de elegibilidad. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si su hijo o sus hijos se mudan de su hogar, debe notificarnos dentro de los 5 días hábiles. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la revisión de elegibilidad.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar telefónicamente esta revisión de elegibilidad, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir los servicios de W-2.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus servicios de W-2 en un formato diferente.</li> <li>• Se le requerirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil para participar en Wisconsin Works.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al firmar esta revisión de elegibilidad para Wisconsin Works, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene el derecho de solicitar una Investigación de Hechos si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus servicios de W-2.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 10: Caretaker Supplement Only

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 10
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 11: Health Care and Caretaker Supplement

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	<p>ID de solicitud: 11</p>
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin</li> </ul>

	<p>Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 12: FoodShare and Caretaker Supplement

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	<p>ID de solicitud: 12</p>
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>



## Prompt ID 13: Child Care and Caretaker Supplement

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado infantil</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	<p>ID de solicitud: 13</p>
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 14
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a</li> </ul>

	<p>cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• Cuidado infantil</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 15
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Text
Signing Your Application	<p>Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> <li>• Cuidado infantil</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 16
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>



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

Section	Text
Signing Your Application	Ahora, leeré un resumen de la información que proporcionó y registraré su firma verbal. Esto es para confirmar lo que dijo y asegurarnos de que entiende todo lo que conversamos. Escuche atentamente y avísenos si se necesita cambiar algo en la información.
Summary of Your Requests	<p>Solicitó los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Cuidado infantil</li> <li>• Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores)</li> </ul> <p>Ahora, se leerá una lista de declaraciones. Después de que se hayan leído todas estas declaraciones, se le pedirá que confirme que está de acuerdo y entiende cada declaración. Si tiene preguntas o inquietudes sobre alguna de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Automated Prompt	ID de solicitud: 17
Use of Social Security Number	<p>Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar su Social Security Number (Número de Seguro Social) o prueba de que solicitaron uno. Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otras agencias federales y estatales. Si solicita asistencia para el Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, esta información es requerida para los niños.</p> <p>Los Social Security Numbers (Números de Seguro Social) no serán compartidos con U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).</p>
Telephonic Signature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos un libro de Inscripción y Beneficios que contiene la descripción completa de sus Derechos y Responsabilidades, y los requisitos de reporte para FoodShare, Atención Médica y Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores).</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Se le solicita que lo revise y nos notifique dentro de los 10 días si ve algo incorrecto. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Entiende las reglas básicas de trabajo y los requisitos laborales del programa FoodShare.</li> <li>• Puede participar en el programa FoodShare Employment and Training (Empleo y Formación FoodShare, FSET) para recibir ayuda para superar las barreras al trabajo, la educación, la formación y la experiencia laboral. La participación en el FSET no es obligatoria, pero sirve para ayudar a las personas a cumplir con el requisito de trabajo. Si las actividades del FSET tienen costos, el programa puede ayudar a pagar cosas como el gas, el cuidado de niños, los libros, los uniformes y muchas cosas más para que usted pueda participar.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede que necesite proporcionar documentación que valide sus respuestas. Al firmar esta solicitud, nos autoriza a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Existen sanciones por dar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad ni creencias religiosas o políticas. Se respetarán sus Derechos civiles.</li> <li>• Se tratará de manera confidencial a su información privada.</li> <li>• Si tiene una discapacidad, puede solicitar la información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Atención Médica, usted asigna y cede sus derechos a los pagos de un tercero responsable al Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), hasta el monto que se haya pagado por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá cooperar con la agencia de Manutención Infantil si está solicitando el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para el Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares, también está solicitando los Servicios de Manutención Infantil.</li> <li>• Tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia relacionadas con sus beneficios.</li> <li>• El sitio web <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la fuente de ofertas de empleo más grande en Wisconsin. Para encontrar un Centro de Trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica, de acuerdo a la pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y declaraciones que le han leído, y que sus respuestas son correctas y completas según su mejor saber y entender?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma otorgada por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede tener la misma validez que una firma manuscrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>