STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
Division of Workforce Solutions

PETICIÓN DE REVISIÓN DE DETERMINACIÓN DE HECHOS – WISCONSIN WORKS (W-2)

(Request for Wisconsin Works (W-2 Fact Finding Review)

La información personal que usted nos da se puede usar para otros propósitos [Ley de privacidad. 15.04 (1)(m)].

Nombre	Número de Caso		Número de Teléfono ( )
Dirección	Ciudad	Código Postal	Trabajador W-2

Usted puede pedir una Revisión de Determinación de Hechos si cree que la decisión de la agencia respecto a los servicios W-2 es incorrecta. Puede presentar una petición escrita a la agencia W-2 dentro de 45 días de la fecha del aviso de decisión, o dentro de 45 días de la fecha de vigencia de la decisión, lo que sea posterior.

____ /____ /____: Fecha de aviso de decisión. Incluya copia del Aviso de Decisión si es posible.

Marque el tipo de acción de la agencia W-2.

Solicitud de W-2

	Negada	**Retrasada**
Posición de empleo	☐	☐
Ayuda de Emergencia	☐	☐
Préstamo para Acceso Trabajo (JAL)	☐	☐

Beneficios W-2 reducidos o terminados

	Reducidos	**Terminados**
Posición de empleo	☐	☐

Anote por qué cree usted que la decisión de la agencia W-2 no es correcta

La Revisión de Determinación de Hechos también puede ayudar a resolver asuntos de beneficios de Cupones para Alimentos, Ayuda Médica y Cuidado de Menores. La Revisión de Determinación de Hechos no retrasará ni impedirá su derecho a una Audiencia Imparcial para Cupones para Alimentos, Ayuda Médica y/o Cuidado de Menores en el Departamento de Administración, División de Audiencias y Apelaciones.

Firma de Participante	Fecha Firma