

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 2023 - Spanish

### Prompt ID 10: Caretaker Supplement Only

Section	Spanish Text
Signing Your Application	Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Caretaker Supplement</li></ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los servicios de inmigración y ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li><li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li><li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 11: Health Care and Caretaker Supplement

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Care (Atención Médica)</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los servicios de inmigración y ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero</li> </ul>

	<p>responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 12: FoodShare and Caretaker Supplement

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los servicios de inmigración y ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del <a href="http://Wisconsinjobcenter.org">Wisconsinjobcenter.org</a> está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

## Prompt ID 13: Child Care and Caretaker Supplement

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Child Care (Cuidado Infantil)</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>



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

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Care (Atención Médica)</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los servicios de inmigración y ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Care (Atención Médica)</li> <li>• Child Care (Cuidado Infantil)</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>

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

Section	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FoodShare</li> <li>• Child Care (Cuidado Infantil)</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique 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	Spanish Text
Signing Your Application	<p>Ahora le voy a leer el resumen de la información que usted proporcionó y a registrar su firma verbal. Esto se hace para confirmar lo que usted dijo y asegurarnos de que usted comprende todo lo que hemos discutido. Por favor escuche con atención y déjeme saber si es necesario cambiar alguna información.</p>
Summary of Your Requests	<p>Usted ha solicitado los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Care (Atención Médica)</li> <li>• FoodShare</li> <li>• Child Care (Cuidado Infantil)</li> <li>• Caretaker Supplement</li> </ul> <p>Ahora le vamos a leer una lista de declaraciones. Después que todas estas declaraciones han sido leídas, se le pedirá confirmar que usted acepta y entiende cada declaración. Si usted tiene alguna pregunta o duda con relación a una de estas declaraciones, no dude en interrumpir en cualquier momento.</p>
Social Security	<p>Los miembros de un grupo familiar que soliciten beneficios tienen que proporcionar los números de Seguro Social o prueba de que han aplicado para uno. Los números de Seguro Social serán verificados y utilizados para comprobar la información proporcionada en la solicitud con otros organismos federales y estatales. Si solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy, esta información es necesaria para los niños.</p> <p>Los números de Seguro Social no se compartirán con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).</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 deberes y los requisitos de informar para FoodShare, Health Care, y Caretaker Supplement.</li> <li>• También le proporcionaremos un resumen escrito de su solicitud. Es necesario que lo revise y nos notifique dentro de 10 días, si ve algo que no es correcto. Si no nos contacta, asumiremos que está de acuerdo con todo lo registrado en la solicitud.</li> <li>• Usted entiende los requisitos de trabajo del programa FoodShare.</li> <li>• Pueda que necesite proporcionar pruebas de sus respuestas. Al firmar esta solicitud, estamos autorizados a contactar a cualquier persona u organización para obtener la información necesaria para determinar si puede recibir beneficios.</li> <li>• Hay sanciones por dar información falsa o quebrantar las normas.</li> <li>• Esta agencia no puede discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas. Sus derechos civiles serán respetados.</li> <li>• Su información privada será tratada confidencialmente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar información sobre sus beneficios en un formato diferente.</li> <li>• Si se determina que es elegible para Health Care, usted asigna y renuncia a sus derechos de los pagos provenientes de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin, hasta el monto que se pagó por su atención médica.</li> <li>• Se le pedirá que coopere con la agencia de sustento de menores si usted solicita Wisconsin Shares Child Care Subsidy.</li> <li>• Al firmar esta solicitud para Wisconsin Shares Child Care Subsidy, usted también solicita los servicios de sustento de menores.</li> <li>• Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las acciones de la agencia con respecto a sus beneficios.</li> <li>• El sitio web del Wisconsinjobcenter.org está disponible para usted y es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Para localizar un centro de trabajo cerca de usted, llame al 1-888-258-9966.</li> </ul> <p>¿Certifica usted, bajo pena de ley y perjurio, que entiende las preguntas y las declaraciones que le fueron leídas y que sus respuestas son correctas y completas según lo mejor de sus conocimientos?</p>
Completing the Signature	<p>Una firma por teléfono tiene el mismo efecto legal y puede ser ejecutada en la misma forma que una firma escrita. ¿Desea firmar esta solicitud por teléfono?</p> <p>Indique su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.</p>