



# COMUNICACIÓN Y RECOMENDACIÓN PARA ACTIVIDAD LABORAL

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección del Participante \_\_\_\_\_

Caso #/Categoría/Secuencia \_\_\_\_\_

**Sección A:** Las siguientes personas tienen el deber de participar en una actividad laboral para poder acceder a la asistencia en efectivo. Presente este formulario de recomendación al Centro de Atención Integral indicado en la **Sección B** siguiente donde asistirá a una Presentación del Programa de Transición del Sistema de Bienestar Público e informarse sobre las actividades laborales requeridas. Según las necesidades de su grupo familiar y la disponibilidad de servicios y de fondos podrá recibir servicios de cuidado de niños, transporte y recomendaciones para otras agencias para obtener capacitación y otros servicios. **El Centro de Atención Integral le informará la fecha y hora de su cita. En caso de no concurrir a la cita, los beneficios de asistencia temporaria en efectivo de su grupo familiar podrán ser reducidos o cancelados.** Al pagina 2 de este formulario, encontrará las oportunidades y las obligaciones en el marco del Programa de Transición del Sistema de Bienestar Público.

Apellido (Indicar Primero el del Jefe del Grupo Familiar)	Nombre

**Sección B:**

Dirección del Centro de Atención Integral:

Teléfono del Centro de Atención Integral: \_\_\_\_\_

Fecha en que asistió a la presentación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentarios del Centro de Atención Integral: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Representante de la Junta Regional de Fuerza Laboral \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **OPORTUNIDADES Y OBLIGACIONES**

**SUS OPORTUNIDADES:** Usted tiene la oportunidad de:

- ◆ Recibir ayuda para pagar los servicios de apoyo (en caso de aprobación) para encontrar empleo, recibir educación o realizar otra(s) actividad(es) asignada(s), a menos que pueda disponer de estos servicios por su propia cuenta. Los servicios de apoyo pueden incluir, entre otras cosas, lo siguiente: cuidado de niños, transporte, herramientas, ropa, uniformes, etc. (Esta ayuda se basa en la actividad asignada y en la disponibilidad de fondos.)
- ◆ Solicitar que su caso sea revisado por un supervisor de la Junta Regional de Fuerza Laboral. Solicitar una audiencia, por intermedio de la Junta, si no está de acuerdo con una decisión adoptada sobre su actividad laboral o el servicio de apoyo.
- ◆ Solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión sobre su asistencia temporaria en efectivo.
- ◆ Ser excusado o reorganizado en una actividad cuando medie una causa justificada como, por ejemplo, un hijo enfermo o problemas de transporte. La Junta Regional de Fuerza Laboral determinará si el problema constituye una causa justificada.
- ◆ Solicitar el Beneficio de Asistencia en Efectivo por Cesantía.
- ◆ Solicitar asistencia en efectivo por reubicación.
- ◆ Recibir los siguientes servicios, si califica: Asesoramiento en Salud Mental, Servicios/Asesoramiento por Violencia Familiar y/o Asesoramiento/Servicios de Abuso de Drogas.
- ◆ Recibir beneficios de transición, si califica, una vez que ya no reciba asistencia temporaria en efectivo, según la disponibilidad de fondos, tales como: Cuidado de Niños, Transporte, y Educación y Capacitación.
- ◆ Recibir Medicaid y asistencia de alimentos basados en los requisitos de elegibilidad.

**SUS OBLIGACIONES:** Usted tiene la obligación de:

- ◆ Participar, documentar y cumplir las actividades del programa que le sean asignadas bajo pena de ser sancionado (remítase a las consecuencias por no participar que se citan a continuación).
- ◆ Responder a todos los llamados de la Junta Regional de Fuerza Laboral o de otras agencias a las que haya sido recomendado.
- ◆ Informar a la Junta Regional de Fuerza Laboral de cualquier cambio en la participación, el trabajo, circunstancias familiares, incluso cambio de dirección o de teléfono, necesidades de cuidado de niños, problemas de transporte, problemas de salud, etc.
- ◆ Solicitar y buscar trabajo.
- ◆ Aceptar una oferta de empleo razonable y adecuada.
- ◆ Conservar su empleo. Deberá comunicarse con la Junta Regional de Fuerza Laboral antes de reducir su horario de trabajo o renunciar.
- ◆ Informar causas justificadas para no participar de inmediato.

### **CONSECUENCIAS POR NO PARTICIPAR**

#### **Sanciones En Caso De Asistencia En Efectivo**

- \* 1<sup>ra</sup> Sanción: Interrupción de la asistencia en efectivo para toda la familia por un mínimo de 10 días o hasta que la persona cumpla, el plazo que sea mayor.
- \* 2da Sanción: Interrupción de la asistencia en efectivo para toda la familia durante un mes o hasta que la persona subsane el incumplimiento, el plazo que sea mayor.
- \* 3<sup>ra</sup> Sanción: Interrupción de la asistencia en efectivo para toda la familia durante tres meses o hasta que la persona subsane el incumplimiento, el plazo que sea mayor.

**NOTA:** La asistencia en efectivo podrá continuar en la segunda o tercera sanción para niños menores de 16 por intermedio de un beneficiario protector.

#### **Sanciones En Caso De Asistencia De Alimentos**

- \* 1<sup>ra</sup> Sanción: Pérdida de la asistencia de alimentos durante un mes o hasta el cumplimiento, el plazo que sea mayor.
- \* 2da Sanción: Pérdida de la asistencia de alimentos durante tres meses o hasta el cumplimiento, el plazo que sea mayor.
- \* 3<sup>ra</sup> Sanción: Pérdida de la asistencia de alimentos durante seis meses o hasta el cumplimiento, el plazo que sea mayor.

**NOTA:** En caso de que la persona incumplidora sea el jefe del grupo familiar, se interrumpirá la asistencia de alimentos para toda la familia a menos que la persona califique para una exención de asistencia de alimentos.