

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA – REQUERIMIENTOS BASICOS

Yo, el solicitante/participante del programa Work First (Trabajar Primero), estoy de acuerdo con cumplir con los siguientes REQUERIMIENTOS a menos de que haya una causa justificada o que este exento. Estoy de acuerdo en proporcionar pruebas del cumplimiento de los requerimientos. Si necesito ayuda para proporcionar las pruebas, pediré ayuda de parte de mi trabajador de Work First.

Todos los adultos solicitantes o participantes deben escribir sus iniciales en los siguientes:

___ Me pondré en contacto con mi trabajador de Work First, dentro de un término de 10 días cuando haya cambios en mi situación.

___ Asistiré a todas mis citas del programa Work First.

___ Cooperaré con el programa de Child Support (Manutención Infantil) para que los niños reciban asistencia.

___ Me aseguraré que todos los niños que reciben asistencia tengan sus vacunas y exámenes médicos.

___ Me aseguraré que los niños que reciban asistencia vivan en casa y asistan a la escuela de la manera estipulada por los reglamentos.

___ No usaré los beneficios de mi tarjeta EBT en tiendas de licores o en establecimientos de apuestas o juego o en cualquier establecimiento de entretenimiento para adultos.

___ **Sé que si no cumplo con los requerimientos de este acuerdo (MRA), se podrá suspender el cheque que recibo por parte del programa Work First sin que haya previo aviso. Este acuerdo sirve como aviso de terminación.**

El Departamento de Servicios Sociales del Condado está de acuerdo en:

- Coordinar servicios de Cuidado Infantil, transportación y otros servicios en la forma especificada en el plan de acción MRA;
- Coordinar servicios para los miembros de la familia cuando sea necesarios para que usted pueda seguir las actividades del plan de acción MRA;
- Referirle a otros servicios y recursos en la comunidad para ayudarlo a llegar a ser autosuficiente;
- Ayudarlo con las necesidades de casa y con la administración del dinero;
- Proveer asistencia con recursos educativos de capacitación de acuerdo a lo listado en el plan de acción MRA, y hacer los arreglos razonables para ayudarlo en este aspecto;
- Proporciona asistencia a través del Programa Work First (si es elegible);
- Darle una copia del Plan de Acción con información de las actividades que le son requeridas y los servicios provistos;
- Actualizar o hacer cambios necesarios en su Plan de Acción MRA,

Entiendo los requerimientos. También entiendo que mis beneficios de parte del Programa Work First pueden estar sujetos a un termino de tiempo. También entiendo que no recibiré asistencia por parte del Programa Work First si no cumplo con los requerimiento del programa (a menos que tenga una causa justificada de acuerdo a los reglamentos del Programa Work First de Carolina del Norte).

Firma del Solicitante o Participante _____ Fecha _____

Firma del Trabajador del Programa _____ Fecha _____

“De acuerdo con la ley federal y con los reglamentos del U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), esta institución no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, edad, religión o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (Sistema TTY para personas con problemas de audición). ElHHS es un proveedor y empleador de igual oportunidad”.

DSS-6963A Spanish (rev. 04/14)

Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services