

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA
REQUERIMIENTOS BASICOS**

Este acuerdo explica las responsabilidades entre el participante en el programa WORK FIRST (Trabajar Primero) y el trabajador del programa.

Yo, el participante en el programa WORK FIRST, declaro que cumplir con los requerimientos a menos que tenga una buena excusa o sea exento.

- ___ Me registrar para trabajar con el programa FIRST STOP (Primera Parada)
- ___ Aceptar y conservar cualquier trabajo que me sea ofrecido
- ___ Me asegurar que los niños que están bajo mi cuidado sean vacunados, tengan sus exámenes de salud y proveer pruebas de su vacunación y exámenes de salud cuando me sean solicitados.
- ___ Acudir a todas mis citas del programa WORK FIRST.
- ___ Me pondré en contacto con mi coordinador del programa WORK FIRST inmediatamente, si tengo problemas o cambios que no me permitan participar en las actividades de este acuerdo. Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, podré perder o ver reducidos mis beneficios económicos.
- ___ Estoy de acuerdo en firmar y cumplir este acuerdo.
- ___ Me asegurar de que los niños en edad escolar y padres adolescentes (teen parents), que están a mi cuidado y viven en mi casa, asistan regularmente a la escuela de acuerdo a las regulaciones establecidas y proveer prueba de su asistencia cuando me sea solicitada.
- ___ Colaborar con el programa de CHILD SUPPORT (Ayuda Financiera Obligatoria).
- ___ Me haré las pruebas de uso de drogas. Si las pruebas indican que necesito una evaluación más profunda, buscaré ayuda de un consejero profesional. Cuando la evaluación sugiera la necesidad de un tratamiento, yo estaré de acuerdo en seguirlo. Si me rehúso a tomar el tratamiento, entiendo que no tendré derecho a participar en el programa WORK FIRST y otra persona será designada para administrar los beneficios que corresponden a mis hijos.

El Departamento de Servicios Sociales del Condado, declara que le ayudará a encontrar y conservar un trabajo de la siguiente manera:

- Coordinando los aspectos tales como el cuidado de niños, transportación y otros servicios especificados en el plan de acción de su acuerdo.
- Coordinando servicios para miembros de su familia cuando usted los necesite, para que usted pueda realizar las actividades especificadas en el plan de acción de su acuerdo.
- Refiriéndole a otros servicios y recursos en la comunidad que le ayuden a hacerse autosuficiente.
- Explorando las necesidades en su casa y ayudándole con un programa de manejo de presupuesto para que tenga más dinero disponible para su familia.
- Proveyendo asistencia con recursos educativos (incluyendo lectura); si educación y entrenamiento se encuentran en el plan de acción de su acuerdo.
- Proveyéndole de asistencia a través de los programas WORK FIRST, Medicaid y estampillas de comida; si usted califica para estos programas.
- Dándole una copia de su acuerdo, en el cual se describe todas las actividades y los servicios provistos.
- Negociando con usted cuando su acuerdo tenga que ser actualizado o cambiado.

Comentarios:

Yo entiendo lo que se requiere de mí. También entiendo que los beneficios del programa WORK FIRST de asistencia a la familia están sujetos a un límite de tiempo. La asistencia a mi familia a través del programa WORK FIRST puede ser reducida o terminada si no cumplo con lo establecido, a menos de que yo tenga un buen motivo tal y como está descrito en la póliza del programa WORK FIRST de Carolina del Norte.

Firma del Participante en el programa WORK FIRST _____ fecha: _____

Firma del Trabajador Social _____ fecha _____

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA
REQUERIMIENTOS DEL PLAN DE ACCION**

Nombre: _____

N mero de Caso: _____

El programa WORK FIRST de Carolina del Norte est basado en la filosof a de que todas las personas tienen la responsabilidad para con sus familias y la comunidad, de trabajar y proveer para sus hijos. La familia y el Departamento de Servicios Sociales desarrollo este plan de acci n para el acuerdo de responsabilidad mutua que describe los pasos que se dar n para llegar a ser autosuficiente. Esta informaci n podr ser revisada y modificada, si as se requiere.

Meta de Empleo: _____

Otras Metas: _____

N mero de meses que quedan (de 24 meses) _____ (y de 60 meses) _____

Plan de Acción: (Describa la responsabilidad del cliente y la responsabilidad de la agencia)

ACTIVIDAD SERVICIO	Horas/ semana	EXPECTACIONES

Comentarios: _____

Nuestras firmas indican que juntos hemos desarrollado este plan de acci n y estamos de acuerdo con las responsabilidades y condiciones mencionadas. Las regulaciones correspondientes al l mite de tiempo en los beneficios, sanciones, audiencias y extensiones han sido explicadas.

Firma del Participante: _____

FECHA: _____ Teléfono: _____

Firma del trabajador de Work First: _____

FECHA: _____ Teléfono: _____