

Nombre de la agencia local _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Identificador de Caso: _____

Trabajador del Caso: _____

Generado (fecha): _____

Nombre _____

Dirección _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Aviso de trabajo consolidado

**Debe seguir estas normas de trabajo para recibir los beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición
(Food and Nutrition Services, FNS, por sus siglas en inglés)**

Le enviamos esta carta para explicarle las normas de trabajo para el programa FNS y lo que debe hacer. Es posible que usted o cualquier miembro de su hogar deba seguir diferentes normas de trabajo. Si usted o cualquier miembro de su hogar no siguen estas normas sin un motivo justificable, sus beneficios de FNS pueden disminuir o finalizar. Esta carta les indica a todos los miembros del hogar lo que es obligatorio.

Al día de la fecha _____, las siguientes personas están registradas para trabajar, . _____

Al día de la fecha _____, las siguientes personas ya no están registradas para trabajar _____

Al día de la fecha _____, las siguientes personas han sido referidas al programa laboral Empleo y Capacitación (Employment and Training, E&T, por sus siglas en inglés) de FNS _____

Al día de la fecha _____, las siguientes personas ya no participan en un programa laboral de E&T de FNS _____

Las responsabilidades para las personas de 16 a 59 años que no están exentas de los requisitos laborales son:

Consulte la página 2 de este formulario para conocer las exenciones de requisitos laborales

- Regístrese para trabajar al momento de la solicitud o cambio de situación, y cada 12 meses después del registro inicial.
- Trabaje con el administrador de su caso durante la orientación para determinar el programa y las actividades correctas que deberá completar.
- Si recibe una oferta de trabajo, debe aceptarla a menos que cumpla esta no cumpla con los criterios de trabajo adecuado. Consulte la página 2 de este formulario para conocer las causas que hacen que un trabajo no sea adecuado y los motivos justificables.

Identificador de Caso:

Las descalificaciones para las personas de 16 a 59 años que no están exentas de los requisitos laborales son:

- Renunciar o reducir voluntariamente las horas: si está trabajando al menos treinta (30) horas por semana y renuncia a su trabajo o reduce sus horas de trabajo a menos de treinta (30) horas por semana (o 30 horas multiplicadas por el salario mínimo) sin un motivo justificable. Consulte a continuación los motivos justificables y por idoneidad laboral.
- No cumplió con los requisitos del programa laboral para Beneficios del Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits, UIB, por sus siglas en inglés), y no cumple con otra exención de requisitos laborales que no sea UIB o Asistencia Familiar - El Trabajo Primero (Work First Family Assistance, WFFA, por sus siglas en inglés).
- No cumplió con los Servicios de Empleo de WFFA y no cumple con otra exención de requisitos laborales que no sea UIB o WFFA.

Si pertenece a una de estas categorías, no se lo registrará para trabajar:

- Menor de 16 años o mayor de 59 años.
- Discapacitados físicos o mentales.
- Cumple con los requisitos laborales de otro programa.
- Es responsable de un niño menor de seis años o alguien que necesita ayuda para cuidarse a sí mismo.
- Ya trabaja más de 30 horas a la semana.
- Participa en un programa de rehabilitación de drogas o alcohol.
- Es un estudiante inscrito al menos a medio tiempo.
- Ya ganando el salario mínimo más por semana.
- Recibe beneficios de desempleo o solicitó beneficios de desempleo.
- Cumple de las normas de trabajo para WFFA.

Motivos justificables para dejar un trabajo:

- Ser discriminado por su raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), religión, edad, discapacidad o creencias políticas.
- No recibe su pago a tiempo o se le exige que trabaje horas extra, pero no recibe pago por las horas extra.
- Tiene otro trabajo, siempre y cuando el nuevo trabajo sea de treinta (30) o más horas por semana o por el trabajo se le pague el salario mínimo federal multiplicado por treinta (30) horas.
- Si el hogar debe mudarse porque un miembro del hogar FNS va a la escuela medio tiempo, está en un programa de capacitación o en la universidad.
- Si usted es menor de 60 años y deja un trabajo y el empleador ve esto como una jubilación.
- Aceptar un trabajo de treinta (30) horas o más por semana, pero el trabajo no se realiza por motivos ajenos a usted o no es un trabajo adecuado (consultar a continuación).
- Suele cambiar de empleador porque usted es un trabajador agrícola migrante o un trabajador de la construcción.
- Cosas que están fuera de su control. Esto puede incluir su padecimiento o el de otro familiar que necesita que usted esté allí. Otros motivos justificados por dejar un empleo incluyen una emergencia en el hogar, la falta de transporte o la falta de un buen cuidado infantil para los niños que han cumplido 6 años pero son menores de 12 años.

Un trabajo no es adecuado si tiene las siguientes características:

- Por el trabajo se paga menos que el salario mínimo federal, el salario mínimo estatal o el salario de capacitación, lo que sea más alto.
- El trabajo es en base a destajo y el rendimiento promedio por hora es menor que el salario mínimo federal, estatal o de capacitación por hora.
- Para mantener su trabajo, debe unirse, renunciar o no unirse a ningún sindicato legal.
- Al momento de la oferta, el trabajo ofrecido se encuentra en un sitio sujeto a una huelga o cierre patronal.
- El nivel de riesgo para la salud y la seguridad no es razonable.
- El miembro está física o mentalmente incapacitado para realizar el trabajo. Un médico tiene que demostrarlo.
- El trabajo ofrecido dentro de los primeros treinta (30) días de registro no está en el campo principal de experiencia de los miembros.
- La distancia entre la casa del miembro y el trabajo no es razonable debido al pago, el tiempo y el costo de los desplazamientos. La distancia no es razonable cuando los desplazamientos son mayores a dos horas al día. Esto no incluye el transporte de un niño a la guardería. Un trabajo tampoco es adecuado si no hay transporte público o privado disponible y la distancia a pie al trabajo es de más de dos millas de ida y vuelta.
- Las horas de trabajo o la naturaleza del trabajo interfieren con las celebraciones o creencias religiosas.

Identificador de Caso:

Una búsqueda de empleo y capacitación no es adecuada si usted:

- Es despedido de su trabajo temporalmente.
- Vive a más de 35 millas de un centro de búsqueda de empleo y capacitación.
- Recordatorio: Consulte la página 2 para conocer otros motivos por los cuales la capacitación puede no ser adecuada.

Los costos de hacer el programa E&T

Debemos pagar sus costos de participación en este programa. Estos costos incluyen los siguientes:

- Transporte.
- Cuidado infantil.
- Artículos o equipos de seguridad personal.
- Otros costos razonables obligatorios, como herramientas, libros y uniformes.

Si no podemos pagar sus costos, **debemos justificarlo** y no necesitará seguir las normas de Búsqueda de Empleo y Capacitación.

Si no sigue las normas, perderá sus beneficios de FNS de la siguiente manera:

- La primera vez que no siga estas normas y no tenga un motivo justificable, no podrá obtener beneficios de FNS por **un mes**.
- La segunda vez que no siga estas normas, no podrá obtener beneficios de FNS por **tres meses**.
- La tercera vez, no podrá obtener beneficios de FNS por **seis meses**.
- Y debe seguir estas normas laborales antes de poder volver a obtener los beneficios de FNS.

Requisitos para Adultos aptos para trabajar sin dependientes (ABAWD)

El Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés), anteriormente conocido como Cupones para Alimentos, tiene un requisito de trabajo para algunos adultos conocidos como Adultos aptos para trabajar sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés). Algunos adultos solo pueden recibir FNS durante un límite de tiempo de tres meses, a menos que estén trabajando o cumplan con el requisito de trabajo de ABAWD.

Los requisitos de trabajo de FNS se aplican a las personas que:

- Tienen de 16 –59 años
- Son aptas para trabajar
- No viven en un hogar con menores que reciben beneficios de FNS
- No están embarazadas
- No están exentas del requisito de trabajo de FNS
- No están cubiertas por la exención de límite de tiempo o la exención del ocho por ciento (8 %)

¿Cuál es el límite de tiempo?

La elegibilidad de las personas ABAWD para recibir beneficios de FNS se limita a tres meses en un período de 36 meses (considerado el límite de tiempo de tres meses) a menos que la persona cumpla con los requisitos de trabajo de ABAWD.

¿Cuáles son los requisitos de trabajo de los ABAWD?

- Trabajan 20 o más horas a la semana, con un promedio de 80 horas mensuales
- Participan y cumplen con los requisitos de un programa de trabajo durante 20 o más horas a la semana
- Participan y cumplen con los requisitos de un programa de workfare (Carolina del Norte no opera un programa de workfare en este momento)
- Trabajan por cuenta propia independientemente de los ingresos
- Son voluntarios en una organización pública o privada
- Trabajan a cambio de bienes o servicios
- Cualquier combinación de las anteriores

¿Cuáles son las excepciones/exenciones de los requisitos de trabajo de los ABAWD?

Los ABAWD están exentos de los requisitos de trabajo en las siguientes situaciones:

- Son menores de 18 años de edad, o tienen 65 años o más
- Están certificados médicamente como no aptos física o mentalmente para el empleo
- Son responsables de un niño dependiente menor de 14 años
- Están exentos de los requisitos de trabajo de FNS
- Están embarazadas
- Son indígenas, indígenas urbanos e indígenas californianos

Identificador de Caso:

Cómo recuperar la elegibilidad

Los ABAWDs que hayan agotado los tres meses contables pueden recuperar la elegibilidad en cualquier momento cumpliendo con los requisitos de trabajo de ABAWD durante 30 días consecutivos, cumpliendo con una exención de los requisitos de trabajo de ABAWD o cuando expire el periodo de tres años.

El trabajo contable o las actividades del programa de trabajo son:

- Trabajo voluntario o remunerado, incluido el trabajo por cuenta propia
- Participación en los servicios de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés)
- Participación en los servicios de la Ley de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés)
- Participación en una actividad permitida de Empleo y Capacitación (E&T, por sus siglas en inglés) del FNS

¿Qué sucede si un ABAWD que ha recuperado la elegibilidad deja de cumplir con los requisitos de trabajo de ABAWD?

Las normas del FNS establecen que, en circunstancias limitadas, los ABAWD pueden obtener tres meses adicionales de elegibilidad.

Esta disposición:

- Se aplica solo a los ABAWD que recuperaron la elegibilidad pero que ya no cumplen con los requisitos de trabajo
- Dispone que los ABAWD solo pueden aprovechar esta disposición una vez en un periodo de tres años
- Los tres meses adicionales deben utilizarse de forma consecutiva
- Si la persona estaba trabajando, los tres meses consecutivos deben comenzar cuando el participante notifique a la agencia que ya no cumple con los requisitos de trabajo de los ABAWD
- Si la persona estaba participando en un programa de trabajo o programa de workfare, los tres meses consecutivos deben comenzar cuando la agencia determine que el ABAWD ya no está en cumplimiento

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. **correo:**

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or

2. **fax:**

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

3. **correo electrónico:**

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igual oportunidad.

Nota: No envíe ningún material de solicitud a las direcciones anteriores. Las direcciones anteriores son únicamente para presentar quejas sobre derechos civiles. Envíe los materiales de solicitud a la siguiente dirección:

Nombre de la agencia local _____

Dirección _____

Identificador de Caso:

Su derecho a solicitar una audiencia imparcial

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una audiencia imparcial de su caso. Una audiencia imparcial significa que un funcionario revisará los hechos de su caso de manera imparcial y objetiva, como lo exige la ley. Si desea hacer un análisis de nuestra decisión o hacer preguntas sobre cómo funciona una audiencia imparcial, llame a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición al _____.

Puede solicitar una audiencia imparcial por escrito, en persona o por teléfono, si alguna de las siguientes condiciones se aplica a usted:

- Solicitó los beneficios de FNS y se le denegaron.
- No está de acuerdo con una decisión en su caso.
- Cree que sus beneficios de FNS no se calcularon correctamente.

La fecha límite para solicitar una audiencia

- Si desea una audiencia imparcial porque cerramos su caso de FNS o denegamos su solicitud de beneficios de FNS, debe solicitarla antes del 90 días a partir de la fecha en que recibe el formulario Aviso de elegibilidad, denegación o estado pendiente.
- Si desea una audiencia imparcial sobre sus beneficios actuales de FNS, puede solicitarla en cualquier momento antes de la 90 días a partir de la fecha en que recibe el formulario Aviso de elegibilidad, denegación o estado pendiente.
- Si solicita una audiencia porque cerramos su caso o disminuimos sus beneficios de FNS, puede optar por seguir recibiendo sus beneficios hasta que se tome una decisión en la audiencia.
- Puede optar por seguir recibiendo beneficios de FNS, únicamente si su período de certificación no ha finalizado. Si decide hacer esto, es posible que deba pagar esos beneficios de FNS si el funcionario de la audiencia no falla a su favor.

Usted podría obtener asesoramiento legal gratuito poniéndose en contacto con la línea de ayuda principal al (866) 219-5262 o visitando el sitio web en legalaidnc.org.

Para solicitar una audiencia, llame a la oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición al _____ o complete el siguiente formulario y reenvíelo.

Nombre de la persona que solicita la audiencia _____

Firma _____ Fecha _____

Dirección de la persona que solicita la audiencia _____

Número de teléfono de contacto _____

Utilice este espacio para decirnos por qué desea solicitar una audiencia imparcial: _____

Debe informarnos cómo desea que se realice la audiencia (marque una casilla)

- Audiencia en persona en la oficina del DSS
- Audiencia telefónica remota. Mi número de teléfono para la audiencia es _____
- Audiencia remota por video con Microsoft Teams. Mi dirección de correo electrónico para la audiencia es _____