

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN “WORKFARE” DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS

Nombre del caso _____
Dirección _____

Caso Estampillas para Alimentos N°. 1111 _____
Número de Seguro Social _____
Solicitante _____ Beneficiario _____
Período de certificación:
De: _____ A: _____

El requerimiento del programa de trabajo está diseñado para ayudar a personas que reciben estampillas para alimentos a estar mejor preparadas para buscar empleo y que se conviertan en autosuficientes por medio del empleo.

Entiendo que es obligatorio que la o las siguientes personas se inscriban para este programa de trabajo y que el incumplimiento de los requerimientos puede resultar en la terminación de mis estampillas para alimentos.

Firma _____
Representante del hogar

Fecha: _____

Información actual de trabajo _____

Cantidad asignada _____
Obligación en horas _____

Entiendo que la o las siguientes personas están exoneradas de inscribirse en este programa de trabajo pero desean ser voluntarios para recibir asistencia en capacitación para empleo o para encontrar empleo.

Nombres de todos los miembros del hogar que están inscritos:

1. _____ () Oblig. () Vol.
2. _____ () Oblig. () Vol.
3. _____ () Oblig. () Vol.
4. _____ () Oblig. () Vol.

Firma: _____
Representante del hogar

Fecha: _____

Trabajador de Elegibilidad: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Todos los solicitantes de estampillas para alimentos y beneficiarios deben participar en un programa dirigido hacia el empleo salvo que ellos estén exonerados. Es importante que usted entienda sus derechos y responsabilidades. Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, pregúntele a su trabajador.

A. Sus responsabilidades son:

1. Su primera responsabilidad es inscribirse en “Workfare” (trabajar para mantener beneficios de asistencia social) y presentarse para entrevistas de evaluación programadas por la Agencia Operativa.
2. Como resultado de esta evaluación, se desarrollará un Plan de Empleo. El plan especificará la actividad que será requerida que usted haga y el período de tiempo en el que debe hacerlo. Puede incluir trabajar sin recibir pago por un número especificado de horas por mes y un lugar de trabajo aprobado si usted está recibiendo estampillas para alimentos.
3. Usted es responsable de aceptar un empleo adecuado si es que le es ofrecido a usted y el condado opera una búsqueda de trabajo (Job Search) autodirigido por los primeros 30 días.
4. Usted es responsable por contactar a un trabajador si tiene algún problema o hay cambios en su situación que hacen que sea duro para usted el participar en el programa.

B. Sus derechos son:

1. Si usted no está de acuerdo con alguna parte de su Plan de Empleo o desearía hacer cambios en su Plan de Empleo, usted tiene el derecho de discutir el problema o los cambios con el trabajador en cualquier momento.
2. Si usted obtiene un empleo a través de este programa, usted tiene el derecho de recibir los beneficios relacionados con el mismo trabajo y trabajar en condiciones como los otros empleados que no están en “Workfare” en el mismo nivel de empleo.
3. Usted tiene el derecho a ser reembolsado hasta \$25 por mes por los costos razonablemente necesarios y directamente relacionados con la participación en el programa y no duplicados por otros programas.
4. Usted tiene el derecho a una audiencia de queja con alguien si usted tuviese quejas acerca de la colocación de su trabajo o condiciones de trabajo.
5. Usted tiene el derecho a una audiencia justa si no estuviese de acuerdo con cualquier decisión hecha en su caso de estampillas para alimentos debido al incumplimiento con las regulaciones de “Workfare” (trabajar para mantener beneficios de asistencia social) de estampillas para alimentos.
6. Usted tiene el derecho a no ser discriminado por causa de raza, origen nacional, edad, sexo, incapacidad, creencias política o religión.

IMPORTANTE** Sus beneficios de estampillas para alimentos pueden ser terminados si usted:

1. Incumple con la inscripción en “Workfare” (trabajar para mantener beneficios de asistencia social);
2. Incumple en participar en una entrevista de evaluación o reevaluación;
3. Incumple en trabajar en el sitio de trabajo asignado por el número de horas requerido.

EXONERACIONES

Una persona está exonerada de participar cuando:

- es menor de 18 años
- tiene 60 años o más
- es un padre(madre) responsable por el cuidado de un niño menor de 6 años
- es responsable por el cuidado de una persona incapacitada *
- es física o mentalmente incompetente para trabajar *
- recibe beneficios de SSI o SSA basados en discapacidad
- recibe beneficios de incapacidad por VA bajo la categoría de que no puede trabajar *
- es empleado, trabaja por lo menos 30 horas por semana o ingresos de por lo menos el salario mínimo por 30 horas semanales
- es un drogadicto o alcohólico que participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación
- es un estudiante matriculado por lo menos de medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación o institución de educación superior y es elegible para estampillas para alimentos

*Se pueden requerir pruebas por escrito que sustenten la exoneración.

PENALIDADES

Si un solicitante no exonerado incumple o rehúsa inscribirse en “*Workfare*” (trabajar para mantener beneficios de asistencia social), la solicitud para estampillas para alimentos puede ser denegada.

Si el beneficiario designado incumple, sin causa justificada, trabajar el número requerido de horas asignadas para el mes, la persona puede ser descalificada del programa como sigue:

1. Por la primera violación, hasta que la persona cumpla con las reglas de trabajo o por un mes, el período que sea mayor.
2. Por la segunda violación, hasta que la persona cumpla con las reglas de trabajo o por tres meses, el período que sea mayor.
3. Por la tercera violación y violaciones siguientes, hasta que la persona cumpla con las reglas de trabajo o por seis meses, el período que sea mayor.

INSTRUCCIONES PARA “WORKFARE” DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS / FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DSS-8616

Generalidades

El propósito de este formulario es inscribir a todos los miembros no exonerados y voluntarios FSU en el programa “*Workfare*” (trabajo para mantener beneficios de asistencia social). El formulario contiene información acerca de los derechos y responsabilidades de los participantes, una lista de exoneraciones de participar en el “*Workfare*” y penalidades por el incumplimiento con los requerimientos del programa.

Información específica

Complete el formulario de inscripción en triplicado para todos los inscritos no-exonerados del “*Workfare*” en el FSU y aquellos que deseen ser voluntarios para participar. Incluya toda la información de identificación de los casos. El formulario debe ser firmado por el jefe de familia o la persona que hace la solicitud. Se da una copia al FSU y una copia es retenida en el archivo del caso.

Anote al miembro de FSU designado por el FSU para cumplir primero con la obligación del “*Workfare*”, la segunda elección en segundo lugar, etc. y distribuya el formulario a la Agencia Operativa para una evaluación adicional y colocación en el sitio del trabajo.