

INFORMACIÓN SOBRE EL REQUISITO DE TRABAJO PARA EL SUSTENTO FAMILIAR

Para hogares compuestos por dos padres

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TWIST _____

Apellido _____

Nombre de pila _____

NOMBRE DEL SEGUNDO PADRE: _____ **N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TWIST DEL:** _____

El segundo padre está: exonerado obligado tiene prórroga por motivo
(suficiente _____)

Esta familia no recibe servicios de cuidado infantil. El requisito total de participación
semanal es de _____ horas.

**Si la familia no cumple con este requisito de trabajo (uno o ambos adultos), la beca de
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for
Needy Families, TANF) y los beneficiarios Medicaid podrán denegarse.**

El segundo padre está contribuyendo _____ horas a la semana para cumplir este requisito mediante
las siguientes actividades:

Comentarios:

ACUERDO:

La firma que coloco a continuación indica que estoy de acuerdo con este plan. Workforce Solutions me informó cuáles son mis derechos y responsabilidades relacionados con este acuerdo. Le informaré al Especialista de soluciones para carreras profesionales asignado a mi caso cuando cambien mis circunstancias. Esto incluye cualquier cambio en las necesidades de los servicios de cuidado infantil, una nueva contratación o la rescisión del empleo y otras situaciones que pudieran afectar mi necesidad o elegibilidad de recibir algún servicio. Si no puedo cumplir con los requisitos de Choices, tengo derecho a demostrar que tengo o tuve una buena razón y que debo comunicarme con mi Especialista de soluciones para carreras profesionales para hablar sobre dichas razones. Se me requerirá que presente una constancia médica que indique que la ausencia fue por razones de enfermedad. Si no cumplo con el Plan de empleo y no tengo motivo suficiente para incumplir el mismo, perderé el acceso a los servicios de Choices y, de ser obligatorio, podré perder toda la beca de TANF, así como los beneficios de Medicaid para adultos. En este caso, se me requerirá que coopere de manera integral con los requisitos del programa durante un mes, antes de recuperar los beneficios. La falta de cooperación por espacio de dos meses dará como resultado la denegación de los beneficios de TANF. Si solicito de nuevo la asistencia de TANF, se me requerirá que demuestre cooperación durante cuatro semanas consecutivas, sin asistencia económica, antes de volver a recibir la certificación.

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del participante _____ Fecha _____

(Segundopadre)

Firma del personal _____ Fecha _____