

Acuerdo de participación A

N.º de id. del TWIST _____ Apellido _____ Nombre _____

Remitido a Workforce Solutions por: HHSC Oficina del Procurador General (OAG)

Recibe servicios de: Programa Choices Programa SNAP E&T Programa Choices NCP

Como cliente de uno de los programas mencionados anteriormente, tiene acceso a servicios y recursos no disponibles para todos los clientes de Workforce Solutions (WFS). Los servicios particulares que reciba dependerán de una evaluación de sus habilidades y circunstancias individuales, y de un plan de desarrollo laboral (Career Development Plan, CDP) que el personal le ayudará a elaborar. A los fines de mantener el cumplimiento de los requisitos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) o de la Oficina del Procurador General (Office of the Attorney General, OAG), debe aprovechar estos servicios que lo ayudarán a conseguir y mantener un empleo, y también debe cooperar con los requisitos de WFS, que incluyen los siguientes:

- Proporcionarle al personal de WFS (y notificarnos sobre cualquier cambio) su información de contacto, que incluye su dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico, si tiene, y responder a los intentos del personal de comunicarse con usted
- Cooperar con el personal de WFS e informarle si se presenta uno de los siguientes casos:
 - Cambios en su necesidad o elegibilidad para los servicios, incluidos cambios en sus circunstancias individuales o familiares que puedan afectar o eliminar su posibilidad de participar en las actividades de WFS
 - Su incapacidad para cumplir con las citas o acudir a actividades programadas
- Seguir su plan de desarrollo laboral y participar positivamente, lo cual implica:
 - Seguir las recomendaciones de empleo y aceptar las ofertas de empleo adecuadas
 - No interrumpir actividades de servicio ni comportarse de manera que suponga una amenaza
 - No rechazar ningún servicio si el hacerlo eliminaría su posibilidad de participar
 - No renunciar voluntariamente a un empleo ni a otra actividad sin un motivo suficiente
 - Informar las horas de actividad según se programó y proporcionar la información solicitada

SUS DERECHOS

Tiene derecho a tomar las siguientes medidas:

- Rechazar servicios y aceptar las consecuencias (consulte más abajo) del rechazo de los servicios de WFS
- Recibir servicios, como asistencia de transporte, que le permitan cumplir con los requisitos de participación de WFS
- Demostrar que tiene o tuvo motivo suficiente para no cumplir con los requisitos de participación de WFS. Es posible que se le solicite que proporcione una verificación por escrito.
 - Si falta a sus actividades por más de 3 días debido a una enfermedad, el personal de WFS solicitará el informe de un médico.
 - Si recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) y no puede participar por un periodo extendido debido a un problema médico (suyo o de un familiar), se le proporcionará un formulario que un médico deberá completar para respaldar su incapacidad de participar en las actividades del programa.
- Apelar cualquier decisión tomada por el personal de WFS que afecte sus servicios. Debe solicitar una audiencia con la HHSC en caso de que el personal de HHSC haya tomado la decisión de denegar sus beneficios de SNAP o TANF.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE CUMPLIMIENTO (SIN MOTIVO SUFICIENTE) DE LOS REQUISITOS DE WORKFORCE SOLUTIONS

Clientes de Empleo y capacitación para SNAP (SNAP E&T): Entiendo que no cumplir con los requisitos de participación de WFS puede ocasionar que mi familia pierda los beneficios de SNAP.

Clientes de Choices: Entiendo que no cumplir con los requisitos de participación de WFS puede ocasionar que mi familia pierda la beca de TANF y los beneficios de SNAP, así como también mi Adult Medicaid. En caso de que mi beca de TANF sea rechazada debido a una sanción, comprendo que tendré que demostrar cooperación durante 4 semanas consecutivas, sin asistencia económica, antes de ser recertificado.

Clientes de Choices para padres que no tienen la custodia (Noncustodial parents, NCP): Entiendo que no cumplir con los requisitos de participación de WFS puede ocasionar que se notifique a la OAG sobre mi incumplimiento.

Puede solicitar una revisión local informal para analizar las decisiones comunicándose con el personal de WFS. También puede solicitar una audiencia para apelar una decisión en el plazo de 14 días a partir de la fecha de recepción de la decisión. Un representante autorizado o asesor legal puede representarlo. Para solicitar una audiencia, comuníquese con el supervisor del programa o su designado en 500 Chestnut Suite 1100, Abilene TX 79602, 325/795-4200, 800/457-5633 por teléfono, en persona o por escrito.

Firma del participante

Fecha

Firma de un miembro del personal de WFS

Fecha

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles a solicitud para las personas con discapacidades.

Retransmisión: 1-800-735-2989 (teléfono de texto)/711 (teléfono de voz).

Este servicio se financia en su totalidad o en parte con fondos federales. Se puede encontrar más información detallada en el sitio web de la Junta en

<http://www.workforcesystem.org/107/Public-Information>.