

Acuerdo de participación B

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

El Centro de Workforce Solutions of West Central Texas (WFS) se complace en trabajar con usted para ayudarlo a conseguir y mantener un empleo profesional significativo. Debido a la naturaleza de la asistencia, le solicitamos que siga determinadas pautas diseñadas para maximizar su experiencia y, a la vez, para garantizar que mantengamos la integridad de los servicios. Conserve este documento como referencia.

RECONOZCO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Los servicios que recibiré se consideran una inversión en mi futuro. Tengo una obligación conmigo mismo de usar esta oportunidad de manera inteligente y eficiente. Dedicaré mi tiempo y energía para trabajar de manera exitosa con el personal de WFS para conseguir empleo.
2. La asistencia continua dependerá (a) del cumplimiento de los requisitos de WFS; (b) de la disponibilidad constante de fondos, y (c) del cumplimiento del plan de desarrollo laboral (Career Development Plan, CDP) creado por el personal de WFS y por mí, que puede incluir cambios mientras recibo asistencia de WFS.
3. Mi objetivo y el de WFS es buscar y aceptar un empleo de tiempo completo.

AL ACEPTAR LA ASISTENCIA DE WFS, TENGO LA OBLIGACIÓN DE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS.

- Mi CDP resume las actividades en las que participaré. Completaré mis actividades de CDP de manera positiva, lo que incluye lo siguiente:
 - Seguir las recomendaciones de empleo y aceptar las ofertas de empleo adecuadas
 - No interrumpir actividades de servicio ni comportarme de manera que suponga una amenaza
 - Asistir e informar mis actividades laborales según se programaron y proporcionar la información solicitada
 - Notificar al personal si no puedo asistir a citas o actividades programadas
- Me reuniré con el personal de WFS según se indique para trabajar en conseguir un empleo mediante asistencia a talleres u otras actividades del Centro de Workforce Solutions, según se considere necesario.
- Informaré al personal de WFS sobre cambios en mi domicilio, número de teléfono o contactos de respaldo ni bien se produzcan.
- Comprendo que la infracción de las pautas de Workforce Solutions puede ocasionar la finalización de los servicios.
- Acepto mantener contacto con el personal de WFS y buscar empleo. Le proporcionaré al personal de WFS información sobre mi empleo (incluidos los cambios o los nuevos empleos que obtenga), la dirección y el número de teléfono durante el periodo de seguimiento determinado (hasta 12 meses).
- Comprendo que el Centro de Workforce Solutions puede mantener contacto conmigo hasta por 12 meses después de la finalización de las actividades laborales. Acepto responder rápidamente a las solicitudes de información del personal de Workforce Solutions acerca de mi participación en este programa.

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 St. Ste. 1100, Abilene TX 79602, 325/795-4200, 800/457-5633 por teléfono, en persona o por escrito.

He leído este documento y acepto cumplir con el acuerdo descrito anteriormente.

Firma del cliente

Fecha

Firma de un miembro del personal
de Workforce Solutions

Fecha

Firma del padre/tutor

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>.