



Aviso de Inscripción en un Programa de Trabajo del Programa de Asistencia Alimentaria

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

DCF Office Address/FAX #: _____

Usted o los miembros de su grupo familiar cuyos nombres se indican a continuación están obligados a participar en el Programa de Empleo y Capacitación del Programa de Cupones de Alimentos (FSET, por sus siglas en inglés). Si usted o los miembros de su grupo familiar tienen la obligación de participar, el personal del Centro Vocacional Integral (One Stop Career Center) de la Junta Laboral Regional (RWB, por sus siglas en inglés) se comunicará con ustedes.

Apellido	Primer nombre

Requisitos para participar en el programa de trabajo

En el momento de presentación de la solicitud y cada 12 meses a partir de entonces, el personal del Departamento de Niños y Familias (DCF) debe registrar a los miembros de la familia que no estén exentos de los requisitos de trabajo. Estos miembros del grupo familiar también deben:

- Participar en un programa FSET si les fuera asignado;
- Informar a la Junta Laboral Regional sobre su condición o disponibilidad laboral;
- Presentarse ante un empleador, en caso de ser referidos;
- Aceptar una oferta válida de trabajo adecuado;
- Informar al RWB sobre los cambios ocurridos en las circunstancias de participación, laborales, familiares como, por ejemplo, cambios de domicilio, nuevo número telefónico, necesidad del servicio de cuidado de niños, problemas de transporte, problemas de salud, etc.
- El grupo de asistencia (AG, por sus siglas en inglés) del programa de asistencia alimentaria debe elegir y aprobar a un miembro como jefe del AG, que debe ser un padre adulto o un adulto que tiene la tutela de niños menores de 18 años. En caso de que el AG no nombre un jefe que cumpla con estos requisitos, el especialista en elegibilidad designará al miembro adulto que reciba mayores ingresos por su trabajo.
- Participar en un programa social de trabajo (workfare), si les fuera asignado;
- No renunciar, voluntariamente y sin causa justificada, a un empleo de 30 o más horas de trabajo semanales ni reducir el horario de trabajo a menos de 30 horas semanales;
- Informar inmediatamente si tuviera motivos justificados para no participar;
- Solicitar y buscar empleo; y,

Consecuencias de no participar

Si usted o los miembros del grupo familiar obligatorios no cumplen con los requisitos de trabajo, aplicaremos las sanciones que se indican a continuación. Antes de aplicar una sanción, le enviaremos un aviso de acción adversa en el caso. Si cumple con los requisitos de trabajo dentro del plazo de 10 días indicado en el aviso de acción adversa, le quitaremos la sanción.

Sanciones relacionadas con los Asistencia Alimentaria

1ra sanción: Pérdida de los beneficios de asistencia alimentaria durante un mes o hasta el cumplimiento, el período que sea más largo.

2da sanción: Pérdida de los beneficios de asistencia alimentaria durante tres meses o hasta el cumplimiento, el período que sea más largo.

3ra sanción: Pérdida de los beneficios de asistencia alimentaria durante seis meses o hasta el cumplimiento, el período que sea más largo.

NOTA: Si la persona que no cumple con el requisito de trabajo es el jefe del grupo familiar, debemos suspender los beneficios de los asistencia alimentaria para todo el grupo familiar, a menos que dicha persona cumpla con los requisitos para la exención de trabajo del programa de asistencia alimentaria.

Información sobre la participación en el trabajo

- Su caso puede ser revisado por un supervisor del RWB. En caso de que usted no apruebe una decisión sobre su actividad laboral o servicio(s) de soporte, podrá pedir una audiencia justa.
- Podrá ser excusado de las actividades laborales por causa justificada. Entre las causas justificadas se incluyen circunstancias fuera de control como, por ejemplo, enfermedad, emergencia familiar o problemas de transporte, o falta del servicio de cuidado para un niño menor de 12 años. Informe al RWB o al DCF si considera que tiene una causa justificada.

Plazo limitado para adultos capaces sin personas a cargo (ABAWD)

Los Adultos Capaces sin Personas a Cargo (ABWD, por sus siglas en inglés) son personas adultas sanas que pueden trabajar o participar en un programa de trabajo y cuyos beneficios de asistencia alimentaria pueden tener un plazo limitado.

Un ABAWD que recibe beneficios de plazo limitado es una persona que:

- Tiene entre 18 y 49 años de edad;
- No tiene hijos menores de 18;
- No cumple con los requisitos de excepción al límite de tiempo de ABAWD; o,
- No vive en una Zona con Excedente de Mano de Obra (zona del estado con alto índice de desempleo aprobada por el gobierno federal).

Cuando se autoriza que un ABAWD reciba servicios de FSET, éste podrá obtener asistencia alimentaria solamente durante tres meses completos de 36 meses, a menos que cumpla con las normas de trabajo. Cumplir con las normas de trabajo significa:

- Trabajar 20 horas por semana;
- Trabajar y asistir a un programa de trabajo por un total de 20 horas por semana; o,
- Asistir a un programa de trabajo 20 horas semanales y realizar todas las actividades;
- Asistir y cumplir todas las normas de un programa social de trabajo (workfare).

Cómo ser elegible nuevamente

Un ABAWD que ya recibió el beneficio de los asistencia alimentaria durante el plazo de tres meses podrá volver a recibirlos si cumple uno de los siguientes requisitos en el mes previo a solicitar el beneficio:

- Trabajar 80 horas o más;
- Participar en un programa de trabajo durante 80 horas o más y cumplir todas las normas pertinentes; o,
- Cumplir los requisitos de excepción a los plazos del ABAWD;
- Trabajar y asistir a un programa de trabajo durante un total de 80 horas o participar en un programa social de trabajo (workfare) y cumplir con todas las normas pertinentes.

Se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, y, en algunos casos, religión y convicciones políticas. El Departamento de Agricultura de E.E.U.U. también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes para empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, cuando corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o de los padres, orientación sexual o si todo o parte del ingreso del individuo es derivado de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en algún programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos aplicaran a todos los programas y/o actividades.) Si usted desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA encontrada en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Usted también puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de quejas completada o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax (202)690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov. Los individuos que son sordos, tienen problemas de audición o discapacidades del habla pueden contactar el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-9136 (español). Para cualquier otra información relacionadas con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por su siglas en ingles), las personas deben comunicarse con la Línea Directa de USDA Snap al (800) 221-5689 que también está disponible en español o bien llamar los números telefónicos de Información Estatal/Línea Directa (haga clic en enlace para una lista de números de líneas directas por Estado) puede encontrar el listado en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. Para presentar una queja por discriminación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos, (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame (202) 619-0403 (voz) (800) 537-7697 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.