

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DISTRITO:

FECHA:
 NOMBRE DEL CASO:
 NÚMERO DE CASO:
 NOMBRE DEL TRABAJADOR:
 TELÉFONO DEL TRABAJADOR:
 ID DEL TRABAJADOR:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PARTICIPANTE:

FORMULARIO DE ASIGNACIÓN Y VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE WORKFARE

Responsabilidades de la actividad de Workfare

La Actividad de Workfare le proporcionará experiencia laboral práctica para ayudarlo a prepararse para el empleo. El Supervisor del sitio de trabajo de Workfare le asignará tareas para ayudarlo a desarrollar habilidades comercializables, adquirir experiencia y apoyar un camino hacia el empleo. Sus tareas asignadas dependerán de las necesidades del sitio de trabajo, tales como, pero no limitado a: administrativas, servicio al cliente, bodega, almacén y operaciones de instalaciones. Como participante en la actividad de Workfare, usted debe de:

- ✓ Llegar a tiempo a su sitio de trabajo los días asignados por su Supervisor del sitio de Trabajo.
- ✓ Trabajar el número de horas requeridas para cumplir con sus requisitos laborales.
- ✓ Seguir las instrucciones y reglas proporcionadas por su Supervisor del sitio de Trabajo.
- ✓ Comunicarse inmediatamente con su Supervisor del sitio de Trabajo si va a ausentarse o no puede presentarse a tiempo en su sitio de trabajo ese día.
- ✓ Comunicarse inmediatamente con el DPSS si se enferma o sufre una lesión y no puede asistir a la actividad de Workfare.
- ✓ Enviar la verificación requerida al DPSS antes de la fecha límite, una vez que haya completado su Actividad de Workfare subiéndola en línea a su cuenta de BenefitsCal en www.BenefitsCal.com, por correo postal o en persona en su oficina local del condado.

Manteniendo de sus beneficios

Si usted selecciona una referencia directa a un socio del DPSS, su Supervisor de Sitio de Trabajo creará un horario para usted cuando se presente en el sitio de trabajo para que usted pueda completar el número de horas que se indica a continuación.

Si usted selecciona Workfare iniciado por cuenta propia, buscarás una organización sin fines de lucro de su elección para poder completar el número de horas que se indica a continuación. La organización debe proporcionar una experiencia laboral no remunerada similar y poder verificar las horas que usted complete cada mes.

Usted debe presentar la verificación de sus horas completadas de Workfare durante el proceso de solicitud y recertificación. Si usted no presenta la verificación de sus horas, no cumplirá con el requisito laboral, lo cual podría resultar en la suspensión de sus beneficios. Si usted no puede completar la actividad de Workfare o necesita ser reasignado a otra ubicación, comuníquese con el DPSS inmediatamente por teléfono o en persona.

POR FAVOR, PRESENTESE EN EL SITIO DE TRABAJO A CONTINUACIÓN Y TRAIGA CONSIGO ESTE FORMULARIO.

Información del Cliente

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL TRABAJADOR DEL DPSS.

Nombre del participante:		Número de horas de Workfare asignadas al hogar:
Periodo de certificación: (elegir uno)	Nombres de los miembros del hogar elegibles para Workfare:	
Al solicitar	Al recertificar	Al reportar cambio
Horas semanales de empleo del participante (si corresponde):		Fecha límite de verificación de horas de Workfare completadas:
Tipo de Workfare: (elegir uno)	Referencia directa al Socio del DPSS Iniciado por cuenta propia por el Participante	Fecha del informe del sitio de trabajo:

Información sobre el sitio de trabajo

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL TRABAJADOR DEL DPSS PARA REFERENCIAS DIRECTAS A LOS SOCIOS DEL DPSS, O POR LA ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO QUE USTED ELIGIÓ PARA EL WORKFARE AUTOINICIADO.

Nombre del sitio de trabajo:		Dirección del sitio de trabajo:	
Nombre del supervisor Workfare:		Número de teléfono del Supervisor de Workfare:	
La asignación de Workfare es: (elegir uno) Continuo / Una sola vez		Número total de horas completadas este mes:	Mes y año en los que se completaron estas horas:
Solicitud de reasignación (Solo por referencia directa): El participante está siendo remitido de nuevo a la oficina del distrito antes de completar el número de horas requerido.	Razón:		

Al firmar este formulario, confirmo que las horas de Workfare se completaron en esta organización.

Firma del Supervisor de Workfare:

Fecha:

Número 501(c)(3) del IRS (Solo para organizaciones sin fines de lucro):

PROCESO DE QUEJAS

Si usted cree que se le ha denegado el acceso equitativo a programas y servicios ofrecidos a través del DPSS basándose en una categoría protegida, usted puede presentar una Queja por Discriminación a través de la Sección de Derechos Civiles, completando el Formulario de Queja por Trato Discriminatorio (PA 607) o llamando al (866) 741-6241.