

- REFERENCIA OBLIGATORIA PARA RCA  
(Asistencia Monetaria para Refugiados)
- REFERENCIA OBLIGATORIA PARA CalWORKs  
(Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)

# FORMULARIO DE REFERENCIA / NOTIFICACION PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

**DISTRIBUCION :**

- Copia Original: Cliente
- 1ra Copia : Proveedor de Servicios
- 2da Copia : Regrese al Departamento de Bienestar Público del Condado cuando se requiere la Notificación
- 3ra Copia : Departamento de Bienestar Público del Condado

DIRECCION DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO
NUMERO DE TELEFONO.: (        )        —

## COUNTY USE ONLY/SOLO PARA USO DEL CONDADO

1. NOMBRE DEL CASO	2. TAMAÑO DE SU UNIDAD DE ASISTENCIA (AU)
3. CODIGO DE ASISTENCIA/NUMERO DEL CASO	
4. NOMBRE DE LA PERSONA REGISTRADA	
5. NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
6. NUMERO DE TARJETA DE RESIDENCIA	
7. FECHA EN QUE ENTRÓ A LOS ESTADOS UNIDOS. O FECHA QUE SE LE OTORGO ASILO	
8. TRANSFERENCIA DENTRO DEL CONDADO O ENTRE CONDADOS	
DE: _____ CONDADO/DISTRITO	
PROVEEDOR DE SERVICIOS ANTERIOR: _____	
9. ESPECIFIQUE EL PRIMER IDIOMA QUE SE ANOTO EN EL FORMULARIO SAWS 1	
10. FECHA DE REFERENCIA	

**11. ANTES DE SER ELEGIBLE PARA ASISTENCIA MONETARIA, USTED TIENE QUE REPORTARSE CON EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.**

a.  POR FAVOR LLEVE ESTE FORMULARIO AL SIGUIENTE PROVEEDOR DE SERVICIOS Y REGRESELO A SU TRABAJADOR CON LA FECHA ORIGINAL EL O ANTES DEL \_\_\_\_\_.

b.  SU CITA CON EL PROVEEDOR DE SERVICIOS ESTA PROGRAMADA PARA:

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**12. DIRECCION DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS**

NUMERO DE TELEFONO: (        )        —

13. COMENTARIOS

14. Yo certifico que le he informado al solicitante/beneficiario de sus derechos y responsabilidades en relación a los Programas de Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA)/Asistencia Monetaria para Entrantes (ECA). Le he explicado que él/ella tiene que cumplir con todos los requisitos en relación a la elegibilidad, tales como el reportar a, y registrarse con el Proveedor de Servicios, y participar y cooperar en actividades de entrenamiento y empleo, y que, si no cumple con estos requisitos, es posible que él/ella pierdan su pago mensual.

FIRMA DEL TRABAJADOR	NUMERO DEL TRABAJADOR	FECHA
----------------------	-----------------------	-------

## SERVICE PROVIDER USE ONLY/SOLO PARA EL USO DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

15. La persona se reportó con el proveedor de servicio tal como es requerido.	
FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA	FECHA

16. SELLO DEL PROVEEDOR DE SERVICIO
-------------------------------------

Quando la persona nombrada anteriormente ha completado la participación en el programa de entrenamiento o ha sido colocada en un empleo, por favor complete la 1ra y 2da de las copias y regrese la 2da copia al departamento de bienestar público del condado al domicilio anotado anteriormente.

17. Razón para notificar el departamento de bienestar público del condado:

- El cliente ha completado la participación en el entrenamiento. (vea el formulario RS 3A adjunto)
- El cliente fue colocado en un empleo el \_\_\_\_\_ FECHA (vea el formulario RS 3A adjunto)
- Otra (Explique en la sección de "COMENTARIOS")

18. COMENTARIOS

19. FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS AUTORIZADO	FECHA
---	-------

## FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

### Instrucciones

#### **County Use Only/Solo para uso del Condado**

1. **Nombre del caso** --- Anote el nombre del refugiado: apellido, primer nombre, e inicial del nombre que usa en medio.
2. **Tamaño de AU** — Anote el número de personas en su Unidad de Asistencia (AU).
3. **Código de asistencia/Número del caso** — Anote el número de identificación de asistencia (consiste de dos números) para el programa de asistencia apropiado. Anote el número del caso que fue asignado por el trabajador del Departamento de Bienestar Público del Condado (CWD) para el refugiado.
4. **Nombre de la persona registrada** — Anote el nombre de la persona en la AU que ha sido referida obligatoriamente, y de la cual se requiere que se registre con el Proveedor de Servicios.
5. **Número de Seguro Social** — Anote el número de Seguro Social de la persona registrada.
6. **Número de tarjeta de residencia** — Anote el número de la tarjeta de residencia de la persona registrada.
7. **Fecha en que entró a los Estados Unidos o fecha que se le otorgó asilo** — Anote la fecha que aparece en el formulario I-94 ó I-551 u otra documentación apropiada.
8. **Transferencia dentro del condado o entre condados** — Anote el condado (o distrito, si en Los Angeles), y el nombre y dirección del proveedor de servicios del cual se está transfiriendo.
9. Especifique el primer idioma que se anotó en el formulario SAWS 1.
10. **Fecha de Referencia** --- Anote la fecha en que la persona registrada fue referida con el proveedor de servicios.
- 11a. Marque esta casilla y anote la fecha en que la persona registrada tiene que regresar el formulario RS 3 original al trabajador.
- 11b. Si hace una cita para que la persona registrada se reporte con el proveedor de servicios, marque esta casilla y anote la fecha y la hora de la cita.
12. **Dirección del proveedor de servicios** — Anote la dirección del proveedor de servicios con el cual la persona registrada está siendo referida. Anote la dirección completa del proveedor de servicios, incluyendo el número, calle, ciudad y código postal.
13. **Comentarios** — Se explica por sí mismo.
14. **Nombre y número del trabajador** — Anote el nombre del trabajador asignado al caso, y anote el número que el Condado utiliza para identificar al trabajador.

#### **Service Provider Use Only/Para uso del proveedor de servicios solamente**

15. **Firma de la persona autorizada** — Aquí firma la persona autorizada para certificar que la persona registrada se ha reportado con el proveedor de servicios para registrarse.
16. **Sello del proveedor de servicios** — Anote el sello de certificación oficial.
17. Marque la casilla apropiada para indicar por qué se está haciendo la notificación.
18. **Comentarios** — Se explica por sí mismo.
19. **Firma autorizada del proveedor de servicios** — Aquí firma y pone la fecha la persona autorizada para completar este formulario.