

PETICION PARA UNA DETERMINACION DE MOTIVO JUSTIFICADO

NOMBRE DEL CLIENTE:	NUMERO DEL CASO:	FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK*:	NUMERO DEL TRABAJADOR:	NUMERO DE TELEFONO: ()

*Welfare to Work = Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo

Devolver este formulario es opcional. Si no devuelve este formulario, todavía puede sostener que usted tenía una buena razón (“motivo justificado”) para no cumplir con las reglas de *Welfare to Work*. Aun si devuelve este formulario, usted todavía tiene que llamar a su trabajador de *Welfare to Work* antes de su cita O tiene que ir a la cita para hablar acerca del problema relacionado a su participación en *Welfare to Work*. Si no va a su cita ni tampoco llama por teléfono, es posible que su asistencia monetaria se reduzca si no nos proporciona suficiente información en este formulario para demostrar que usted tuvo un motivo justificado para no participar. La fecha, hora, y lugar de su cita están en la notificación (NA 840) que el Condado le envió para informarle sobre su problema de participación.

Instrucciones: Si tuvo un motivo justificado para no hacer lo que tenía que hacer en *Welfare to Work*, llene este formulario. Denos cualquier información que pueda tener (por ejemplo, una nota del doctor) para demostrar que usted tenía un motivo justificado. También puede decirnos acerca de su motivo justificado proporcionando los detalles en la sección de abajo.

Después de que llene este formulario:

- 1) Haga una copia de este formulario para usted; **Y**
- 2) Envíe el formulario por correo o llévelo a su trabajador de *Welfare to Work* antes de la fecha de su cita para hablar sobre su problema de participación; O lleve el formulario completado a su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de Welfare to Work.

_____, nuestros expedientes indican que usted:

- No firmó su plan de *Welfare to Work* en _____.
- No participó en _____ en _____.
- No tuvo un progreso satisfactorio en su actividad de _____ porque _____.
- No aceptó un trabajo en _____.
- No conservó su trabajo en _____.
- No mantuvo la misma cantidad de ingresos ganados.

Su asistencia monetaria no se va a reducir si usted tuvo un motivo justificado para no hacer lo que se le pidió que hiciera. Ejemplos de motivos justificados aparecen anotados en la columna a la derecha.

Es posible que tenga que proporcionar más información a su trabajador para comprobar su motivo.

Si no tiene un motivo justificado, su asistencia monetaria no se reducirá si usted está de acuerdo con un plan de cumplimiento y hace lo que el plan indica.

Motivos justificados:

Marque todos los motivos que sean pertinentes para usted. Si sus motivos no aparecen en esta lista, puede marcar la última casilla y anotar su motivo.

- Estaba enfermo.
- Mi hijo(a) u otro miembro del hogar estaba enfermo y necesitaba de mi cuidado.
- No tenía cuidado de niños.
- Recientemente hubo una muerte en la familia (esposa[o], padre, madre, hijo[a], u otro pariente cercano).
- No tenía transporte o no tenía dinero para gasolina.
- El viaje completo, de ida y vuelta, sería más de:
 - dos horas en autobús u otro medio de transporte público
 - dos millas caminando
- El clima u otro acto de la naturaleza me impidieron el viaje.
- Necesito ayuda debido a una discapacidad específica del aprendizaje, un impedimento de salud mental, un asunto de violencia doméstica, u problema de abuso de substancias.
- No tengo hogar o estoy en una vivienda temporal no estable.
- Tuve problemas legales.
- Estaba en la cárcel.
- Estaba trabajando ese día.
- Nunca recibí una notificación por escrito.
- Tengo problemas con el idioma.
- Algún otro motivo que usted crea que se deba considerar.
(Explique:) _____

Anote otros detalles o información que nos demuestre que usted tenía un motivo justificado para no participar.

NOMBRE DEL CLIENTE (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA DEL CLIENTE

NUMERO DE TELEFONO DEL CLIENTE	FECHA
--------------------------------	-------