

PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW) ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:		<input type="checkbox"/> Asignación inicial de actividades
NOMBRE DEL CASO:		<input type="checkbox"/> Enmienda # _____
NÚMERO DEL CASO:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW:		

- Participación obligatoria:** Tengo que hacer las actividades anotadas a continuación. Entiendo que si no participo en estas actividades de la manera requerida, mi asistencia monetaria se reducirá a menos que el Condado decida que tuvo un motivo justificado para no hacerlas. Entiendo que si soy parte de una familia con ambos padres, podemos compartir el requisito de 35 horas de participación y las horas anotadas a continuación son solamente las mías.
- Participación voluntaria:** Entiendo que no tengo que participar pero estoy de acuerdo en hacer y terminar las actividades anotadas a continuación. Entiendo que como un voluntario, no se puede reducir mi asistencia monetaria por no hacer estas actividades. Entiendo que si dejo de hacer estas actividades, es posible que yo tenga que esperar para poder participar en el programa de WTW a menos que el Condado decida que tuvo un motivo justificado para no hacerlas. Entiendo que las reglas de 20, 30, ó 35 horas por semana no me aplican. El tiempo durante el cual participo voluntariamente no contará para mi reloj que marca el límite de 24 meses de WTW.
- Programa comenzado por iniciativa propia (SIP por sus siglas en inglés):** Mi actividad primaria es un programa de educación o entrenamiento en el cual me inscribí antes de mi evaluación. Si mi participación es obligatoria, el número de horas de participación requeridas por semana es: 20 30.

ACTIVIDADES: Complete solamente **UNA** de las columnas a continuación: la **izquierda** para un plan de actividades que cumple con el reloj que marca el límite de 24 de meses de WTW - CalWORKs* y la **derecha** para un plan de actividades federales relacionadas al trabajo.

Reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW - CalWORKs (No se requieren actividades principales [core activities])	
<input type="checkbox"/> Empleo no subvencionado	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Empleo subvencionado - privado o público	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Grant-based on-the-job training**	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Empleo para estudiantes (work study)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Experiencia en el trabajo (work experience)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Servicio comunitario	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Educación vocacional	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Entrenamiento en el empleo (on-the-job training)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo y preparación para empleo	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Servicios relacionados a la salud mental	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Servicios relacionados al abuso de sustancias	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Servicios relacionados al abuso doméstico	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Trabajo con apoyo y empleo de transición	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Entrenamiento relacionado directamente al empleo	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Asistencia satisfactoria en una escuela secundaria o en un curso para obtener el certificado equivalente a graduación de la preparatoria (high school)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Educación relacionada directamente al empleo	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Educación adulta básica	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Participación que la escuela requiere para asegurar que los niños asistan	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Otras actividades necesarias para ayudarme a obtener empleo	por ____ horas
Total de horas requeridas	

Actividades federales relacionadas al trabajo Actividades principales (Core Activities)	
<input type="checkbox"/> Empleo no subvencionado	por ____ horas
• Empleo por cuenta propia	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Empleo subvencionado - privado o público	por ____ horas
• Grant-based on-the-job training**	por ____ horas
• Empleo para estudiantes (work study)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Experiencia en el trabajo (work experience)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Servicio comunitario	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Educación vocacional (límite de 12 meses en la vida)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Entrenamiento en el empleo (on-the-job training)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo y preparación para empleo (Según los límites de tiempo establecidos)	por ____ horas
• Servicios relacionados a la salud mental	por ____ horas
• Servicios relacionados al abuso de sustancias	por ____ horas
• Servicios relacionados al abuso doméstico	por ____ horas
<input type="checkbox"/> El proveer cuidado de niños para alguien que participe en un programa de servicio comunitario	por ____ horas
Actividades no principales (Non-Core Activities)	
<input type="checkbox"/> Entrenamiento relacionado directamente al empleo	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Asistencia satisfactoria en una escuela secundaria o en un curso para obtener el certificado equivalente a graduación de la preparatoria (high school)	por ____ horas
<input type="checkbox"/> Educación relacionada directamente al empleo	por ____ horas
Actividades que no cumplen con los requisitos federales	
<input type="checkbox"/> Otras actividades necesarias para ayudarme a obtener empleo.	por ____ horas

Total de horas requeridas	
<input type="checkbox"/>	Entiendo que para que este plan cumpla con los requisitos federales relacionados a la participación y para que no cuente para el reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW, cada semana, tengo que completar:
<input type="checkbox"/>	Al menos 20 horas y todas tienen que ser horas de actividades principales.
<input type="checkbox"/>	Al menos 30 horas y 20 tienen que ser horas de actividades principales.
<input type="checkbox"/>	Al menos ____ horas de las 35 horas requeridas para mi familia de las cuales ____ horas de actividades principales cumplen con el requisito de 30 horas obligatorias para mi familia.
<input type="checkbox"/>	O _____ (iniciales y fecha)
<input type="checkbox"/>	No me quedan más meses en el reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW. Cada semana, tengo que completar las horas indicadas a continuación o mi asistencia será reducida.
<input type="checkbox"/>	Al menos 20 horas y todas tienen que ser horas de actividades principales.
<input type="checkbox"/>	Al menos 30 horas y 20 tienen que ser horas de actividades principales.
<input type="checkbox"/>	Al menos ____ horas de las 35 horas requeridas para mi familia de las cuales ____ horas de actividades principales cumplen con el requisito de 30 horas de actividades principales para mi familia.
<input type="checkbox"/>	_____ (iniciales y fecha)

Entiendo que este plan contará para el reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW a menos que se determine más tarde que cumplí con los requisitos federales de participación. Cada semana tengo que completar:

- Al menos 20 horas
 - Al menos 30 horas
 - Al menos ____ de las 35 horas requeridas para mi familia
- _____ (iniciales y fecha)

* Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños
 **Entrenamiento en el empleo basado en el pago mensual

ASIGNACIÓN Y SERVICIOS

ACTIVIDAD, LUGAR, HORARIO, Y HORAS

1. ACTIVIDAD:

EMPIEZA:	SE ESPERA QUE TERMINE:	HORARIO:
HORAS POR SEMANA:	LUGAR:	

2. ACTIVIDAD:

EMPIEZA:	SE ESPERA QUE TERMINE:	HORARIO:
HORAS POR SEMANA:	LUGAR:	

3. ACTIVIDAD:

EMPIEZA:	SE ESPERA QUE TERMINE:	HORARIO:
HORAS POR SEMANA:	LUGAR:	

4. ACTIVIDAD:

EMPIEZA:	SE ESPERA QUE TERMINE:	HORARIO:
HORAS POR SEMANA:	LUGAR:	

- El Condado me enviará el lugar y el horario para mi actividad de _____ a más tardar en _____.
ACTIVIDAD FECHA
- Yo iré a _____ en/a más tardar _____ para obtener el lugar/horario de mi actividad de _____.
LUGAR FECHA
ACTIVIDAD
- Le daré al trabajador encargado de mi caso de WTW una copia de mi horario de _____ a más tardar en _____. Le diré al trabajador encargado de mi caso de WTW si hay algunos cambios y le daré una copia de los cambios si se requiere.
ACTIVIDAD FECHA
- Entiendo que si no voy a mi actividad de _____ / _____ como el Condado me requiere o si no progreso satisfactoriamente en estas actividades, el Condado decidirá por qué y es posible que yo tenga que ir a otras actividades. Entiendo que tengo que darle al trabajador encargado de mi caso de WTW pruebas de progreso satisfactorio en estas actividades a más tardar en la fecha límite anotada a continuación.

Actividad: _____ Fecha límite para dar pruebas: _____

Actividad: _____ Fecha límite para dar pruebas: _____

Actividad: _____ Fecha límite para dar pruebas: _____

Actividad: _____ Fecha límite para dar pruebas: _____

Comentarios adicionales:

SERVICIOS DE APOYO

El Condado tiene que darme servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y costos relacionados al trabajo, educación, y entrenamiento) si los necesito para participar en mis asignaciones de WTW - obligatorias o voluntarias - si las reglas de WTW los permiten.

- El trabajador del Condado encargado de mi caso ha revisado mi necesidad de servicios de apoyo para cada una de las asignaciones anotadas en mi plan. Entiendo que no tengo que hacer mi asignación hasta que se hagan los arreglos necesarios para que yo reciba los servicios de apoyo que necesito.
- Entiendo que tengo que informarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi necesidad de servicios de apoyo de WTW, o si dejo de necesitarlos. **Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que el Condado no los pueda pagar.**
- Entiendo que si el Condado paga por servicios de apoyo que son más de lo que necesité para participar en WTW, tendré que reembolsar al Condado el costo de esos servicios.

Necesito los siguientes servicios de apoyo:

- Cuidado de niños
 - En este momento, no necesito que el Condado pague por cuidado de niños pero tengo el derecho de pedir cuidado de niños en el futuro.
_____ (iniciales y fecha)
- Transporte:
 - Pase de autobús Pago por milla Estacionamiento
 - Otro (tarifa de peaje, taxis, etc.): _____
 - Necesito pago por adelantado para transporte.
 - En este momento, no necesito que el Condado pague por transporte pero tengo el derecho de pedir transporte en el futuro.
_____ (iniciales y fecha)
- Gastos secundarios (otros gastos tal como libros, herramientas, uniformes, etc.) para:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - Necesito pago por adelantado para gastos secundarios.
 - En este momento, no necesito que el Condado pague gastos secundarios pero tengo el derecho de pedir los gastos secundarios en el futuro.
_____ (iniciales y fecha)
- Para participar con éxito en las actividades asignadas, necesito las siguientes adaptaciones (ayuda): Especifique por favor - por ejemplo: servicios especiales debido a una incapacidad/discapacidad (el leerme las notificaciones o el proveerme documentos en letra grande, suministros especiales, etc.).
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____

CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

- Entiendo que mi plan de WTW incluye este formulario, el formulario "Derechos y responsabilidades en relación al plan de WTW", y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*)". Entiendo que en estos documentos, se me explican las actividades y los servicios de WTW, así como mis derechos y responsabilidades como participante de WTW.
- He recibido un ejemplar del Manual de WTW.
- Yo sé que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.
- Entiendo que si no estoy de acuerdo con mi evaluación o si el Condado y yo no podemos llegar a un acuerdo sobre un plan, y le aviso al trabajador del Condado encargado de mi caso, el trabajador tiene que referirme a una tercera persona neutral para una nueva evaluación de mi empleo o necesidades de actividades de WTW.
- Entiendo que puedo pedir al Condado en cualquier momento servicios relacionados al abuso doméstico, incluyendo una exención de ciertos requisitos del Programa.
- Entiendo que puedo pedir al Condado en cualquier momento servicios relacionados a la salud mental, el abuso de sustancias, o discapacidades específicas del aprendizaje.
- Si ésta es mi primera asignación bajo un plan de WTW, entiendo que tengo 30 días consecutivos a partir del comienzo de mi plan inicial de WTW para pedir un cambio o una nueva asignación a otra actividad. Este período de gracia de 30 días solamente estará a la disposición una sola vez durante el tiempo que estoy recibiendo asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Si el Condado está de acuerdo con el cambio, yo sé que tendré que firmar una nueva asignación de actividades.
- Tengo tres (3) días hábiles para considerar las condiciones de esta asignación de actividades una vez que la firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este plan de WTW, tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar en _____^{FECHA}. Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, esta asignación de actividades se considerará final.
- He leído (o se me ha leído) y entiendo esta asignación de actividades y he recibido una copia de la misma. Si no cumplo con mis responsabilidades y no tengo un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que pudieran incluir que mi asistencia monetaria sea reducida y es posible que se descontinúen los servicios de apoyo.
- Entiendo que puedo pedir un proveedor de servicios diferente si me opongo al carácter religioso de cualquier proveedor al cual yo he sido asignado.
- Entiendo que puedo decir "no" a cualquier actividad religiosa ofrecida por un proveedor de servicios y que cualquier participación ofrecida por un proveedor de servicios es voluntaria.
- Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción del Condado en cuanto a mi participación en WTW, puedo presentar una queja formal con el Condado o puedo solicitar una audiencia con el Estado llamando, gratuitamente al 1-800-952-5253. Si el Condado esta proponiendo reducir o descontinuar mi asistencia, mi asistencia será reducida o descontinuada si presento una queja formal.
- Entiendo que si tengo problemas con WTW, puedo recibir **asistencia legal gratuita** de la oficina legal local o de la oficina local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública llamando al (____) _____ - _____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW	NÚMERO DE TELÉFONO
	FECHA