

## OPORTUNIDADES PARA TRABAJAR DEL PROGRAMA DE AYUDA GENERAL PLAN DE TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO ASIGNACIÓN DE LA ACTIVIDAD

OFICINA DE GROW:  
DIRECCIÓN:  
NOMBRE DEL PARTICIPANTE:  
NÚMERO DEL CASO:

**ACTIVIDAD – HORAS REQUERIDAS POR SEMANA** \_\_\_\_\_

Mi actividad asignada, fecha, hora y lugar de la que debo reportar es:

ACTIVIDAD ASIGNADA	FECHA DE INICIO	HORA	FECHA EN QUE SE ESPERA COMPLETAR
LUGAR _____			

Yo entiendo que si no asisto a la actividad que está anotada arriba, como es requerido por el Programa de Oportunidades para Trabajar del programa de Ayuda General (GROW), mis beneficios de Ayuda General podrían terminarse. La primera ocasión de incumplimiento sin motivo justificado, puedo volver a solicitar inmediatamente. La segunda ocasión resultará en una sanción de 30 días, y la tercera y siguientes ocasiones resultarán en una sanción de 60 días.

Yo entiendo que, si estoy en un programa de iniciativa propia (SIP), un programa de educación/entrenamiento o programa para adquirir experiencia de trabajo, tengo que proporcionar comprobante de registración. También tengo que proporcionar comprobante de progreso satisfactorio cuando reciba un Reporte de Progreso. Yo entiendo que recibiré por correo el Reporte de Progreso por lo menos cada 30 días.

Yo entiendo que tengo hasta 30 días para pedir un cambio en mi actividad cuando se me haya sido asignada después de la Evaluación Vocacional. Si mi Trabajador del Caso está de acuerdo con el cambio, sé que tengo que firmar un nuevo Acuerdo de la Actividad.

**GASTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO**

GROW pagará los gastos relacionados con el trabajo tal como transporte y costos de entrenamiento/trabajo si se necesitan para participar en el programa.

He revisado mi necesidad de gastos relacionados con el trabajo con mi Trabajador del Caso. Entiendo que no tengo que participar hasta que se hagan los arreglos. Entiendo que debo informarle inmediatamente a mi Trabajador del Caso acerca de cambios en mis necesidades o si ya no los necesito. Entiendo que si GROW paga por gastos relacionados con el trabajo en exceso de lo que necesito para participar, tendré que reembolsarlos.

**SERVICIOS DE APOYO**

Entiendo que si los servicios de apoyo son asignados como parte del Plan de la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo – Asignación de la Actividad, se me requiere participar. Entiendo que el no participar podría resultar en la terminación de mis beneficios de Ayuda General. Por la primera ocasión de incumplimiento, sin un motivo justificado, puedo volver a solicitar inmediatamente. La segunda ocasión resulta en una sanción de 30 días, la tercera y siguientes ocasiones resultan en una sanción de 60 días.

**CERTIFICACIÓN**

Entiendo mis Derechos y Responsabilidades en el programa de GROW. Entiendo que puedo contactar a mi Trabajador del Caso para hacerle cualquier pregunta. Entiendo que tengo tres días para pensar acerca de los términos de esta Actividad de la Asignación. Si no informo a mi Trabajador del Caso de cualquier problema que podría impedirme participar en esta actividad a más tardar \_\_\_\_\_, este acuerdo es final.

He leído o me ha sido leído y entiendo esta Asignación de la Actividad del Plan de la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo y he recibido una copia. Si no cumplo con mis responsabilidades con un motivo justificado, mi Ayuda General podría descontinuarse y podría recibir una sanción.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:	FECHA:		
FIRMA DEL TRABAJADOR DEL CASO:	NÚMERO DE ARCHIVO:	TELÉFONO:	FECHA: