

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

OFICINA DE GROW:
DIRECCIÓN:
PRIMER NOMBRE DEL PARTICIPANTE:
NÚMERO DEL CASO:
AÑO DEL NACIMIENTO:

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 anotada arriba, como es requerido por el programa de Oportunidades para Trabajar de Ayuda General (GROW), mis beneficios de Ayuda General podrían terminarse. La primera ocasión de incumplimiento, sin un motivo justificado, puedo volver a solicitar inmediatamente. La segunda ocasión tiene una penalidad de 30 días, la tercera y siguientes veces tienen una penalidad de 60 días.

También tengo que proporcionar un comprobante satisfactorio de progreso cuando reciba un Reporte de Progreso. Entiendo que el Reporte del Progreso me será enviado por correo por lo menos cada 30 días. Yo daré mi Reporte de Progreso mensual a mi Trabajador del Caso de GROW durante cinco días después de haberlo recibido.

GASTOS DE TRANSPORTE

GROW pagará los gastos de transporte, si los necesito para participar en los servicios de apoyo.

SERVICIOS DE APOYO

Entiendo que los servicios de apoyo de violencia doméstica son asignados como parte de la Asignación de la Actividad del Plan de la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo. Se me requiere participar. Entiendo que el no participar podría resultar en la terminación de mi Ayuda General. La primera ocasión de incumplimiento, sin un motivo justificado, puedo volver a solicitar inmediatamente. La segunda ocasión tengo una penalidad de 30 días, la tercera y siguientes veces tengo una penalidad de 60 días.

CERTIFICACIÓN

Entiendo mis Derechos y Responsabilidades para participar en 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 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 Asistencia Pública al Trabajo y he recibido una copia. Si no cumplo con mis responsabilidades con un motivo justificado, mi Ayuda General podría discontinuarse y podría recibir una sanción.

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