GENERAL RELIEF OPPORTUNITIES FOR WORK
TWO-WAY REFERRAL GRAM

GROW SITE
ADDRESS
DATE
CASE NAME
CASE NUMBER
CASE MANAGER FILE NUMBER

Dear Provider:

The above participant plans to enroll in your education/training program. His/her employment goal is listed below. Please sign and date the bottom of the form to indicate he is/has enrolled for a maximum of 20 hours per week in a program leading to employment in that field.

The above client is being assigned to you for work experience. His employment goal is listed below. Please sign and date the bottom of the form to indicate the client showed and was assigned to your work experience program. If he is unsuitable for assignment, please indicate the reason below.

This activity is expected to last a minimum of 60 days. The participant may provide a Progress Report for you to indicate his continued participation in your program.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Su asignación es:

_____	_____	_____
FECHA	HORA	LUGAR

Su objetivo laboral es: _____.

Se proveerá transporte mientras usted participe en esta actividad.

Mande de regreso este formulario (en persona o por correo) no más tarde de _____.
Asegúrese de que su proveedor firme este formulario antes de mandarlo de regreso.

Este programa es para su beneficio. Sin embargo, si usted no va a esta cita o no manda el formulario firmado de regreso, sus beneficios de GR pueden ser cancelados y usted puede ser multado. La primera vez que no cumpla con los requisitos, su GR será cancelado y usted podrá solicitarlo de nuevo inmediatamente. La segunda vez usted no será elegible por 30 días. La tercera vez y las siguientes usted no será elegible por 60 días.

Llame a su Administrador del Caso si usted tiene algún problema con esta asignación.

WORK EXPERIENCE PROVIDER

Rejected for Work Experience - Reason _____

PROVIDER SIGNATURE/TITLE	TITLE/PHONE NUMBER	DATE
CASE MANAGER	PHONE NUMBER	DATE