

Programa de Asistencia Familiar Work First. Bonificación por Trabajo

Departamento de Servicios Sociales de _____

Producto Delibera Case No. _____

Fecha: _____

Sr. o Sra. _____,

Habr  un cambio en sus beneficios. Debido a los nuevos ingresos que ha ganado, ahora usted excede el límite de ingresos permitido para recibir en cheque del *Programa de Asistencia Familiar Work First (Programa WFFA-Trabajar Primero)*. **Su caso de**

WFFA terminar  en _____. Las regulaciones estatales para este cambio se encuentran en el Manual del Programa Work First.

Usted, puede ser elegible para recibir una de *Bonificación por Trabajo* por \$100.00 por un periodo de hasta tres meses. Este es un bono de trabajo para las familias para incentivarles a continuar trabajando hacia una auto-suficiencia económica. La *Bonificación por Trabajo* puede ser recibida solamente una sola vez durante toda la vida cuando un miembro de la familia obtiene empleo.

Si usted decide no aceptar la *Bonificación por Trabajo*, su cheque del *Programa Work First* terminar  sin que haya otro aviso. Usted podría ser elegible para esta Bonificación por Trabajo en el futuro, si declina la bonificación en esta ocasión.

Marque la casilla para recibir la bonificación.

Fui informado de mi elegibilidad para la *Bonificación por Trabajo* y deseo recibirla. El periodo que cubre este bono es de _____ a _____.

Entiendo que este documento sirve como aviso del cambio de mi pago a \$100 del programa WFFA durante el periodo de Bono por Trabajo. También entiendo que este es un aviso de terminación del Programa de Asistencia Work First, el cual concluir  al finalizar este periodo de bonificación.

Marque la casilla sí NO desea recibir la bonificación

Fui informado de mi elegibilidad para la *Bonificación por Trabajo* y **NO** deseo recibirla en esta ocasión. **Entiendo que este documento es un aviso de terminación del Programa de Asistencia Familiar Work First.**

Firma de Participante

Fecha

Teléfono

Entregue esta forma a su trabajador del caso a más tardar en _____. Si usted no entrega esta forma en esta fecha, no recibir  la bonificación. Sus beneficios de WFFA terminaran sin que tenga que recibir otro aviso.

Continúe leyendo información importante en la siguiente página

DSS-8222sp (rev. 03-15)

Servicios Económicos y Familiares

El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina a ninguna persona sobre las bases de raza, color, nación de origen, discapacidad, sexo, edad, en la admisión, tratamiento o participación en sus programas, servicios, actividades, o en el empleo.

Solicitando una audiencia

Sí no está de acuerdo con esta decisión o tiene nueva información. Usted tiene derecho a una audiencia. La audiencia es una reunión para revisar su caso.

Si se pone en contacto con su Trabajador del Caso a más tardar el _____ para pedir una audiencia, sus beneficios continuarán en el nivel actual hasta que se tome la decisión en la primera audiencia, a menos que usted renuncie a este derecho. Si sus beneficios continúan y la audiencia indica que los cambios eran correctos, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió de más mientras esperaba la decisión de la audiencia

Llame o escriba a su trabajador del caso para solicitar una audiencia a más tardar el _____. Sí no pide la audiencia a más tardar en esta fecha perderá su derecho a la misma a menos de que tenga una razón justificada. También puede volver a solicitar los beneficios en cualquier tiempo. Para proteger sus derechos usted puede volver a solicitar y pedir una audiencia.

La audiencia local se llevará a cabo dentro de un término de 5 días de la fecha en que lo solicite a menos que usted pida que sea pospuesto. La audiencia puede ser pospuesta hasta por 10 días calendario sí usted tiene una buena razón.

Si piensa que la decisión de la audiencia local está equivocada, llame o escriba a su trabajador del caso dentro de un termino de 15 DIAS para pedir una segunda audiencia ante un oficial de audiencias estatal.

En ciertos condados la audiencia puede ser ante un oficial del condado.

Su derecho a ser representado

Usted puede tener a alguna persona que hable por usted en su audiencia, tal persona puede ser un pariente, un paralegal o incluso un abogado al que usted pague por su propia cuenta.

Puede ser que haya consejo legal gratuito en su comunidad. Llame al 1-866-219-5262 para informarse acerca de la Oficina de Ayuda Legal más cercana

El derecho a ver su expediente

Su trabajador del caso le puede dar acceso al expediente de su caso si usted lo solicita. Usted puede pedir ver la información relacionada con su caso que le puede ser útil en la audiencia. También puede obtener copias (gratis) de su información para que la pueda usar durante la audiencia.

Servicios de manutención infantil

A menos de que usted pida a la Agencia de Child Support (Manutención Infantil) que cancele sus servicios, usted continuará recibiendo estos beneficios. Si usted cancela estos servicios, puede volver a solicitarlos dentro de un término de 30 días y no se le cobrará la tarifa de solicitud. Contacte a su oficina local de Child Support para obtener más información.

Reportando cambios

No se olvide de reportar todos los cambios a su Departamento de Servicios Sociales local dentro de un término de 10 días calendario. Si usted no está seguro si debe reportar un cambio. Hable con su trabajador del caso. Si usted no reporta sus cambios, pudiera ser encontrado culpable de un crimen o de crimen menor.

Más preguntas

Llame a su trabajador del caso o a la línea gratuita de Servicio al Cliente del DHHS al 1-800-662-7030. Hay servicio TDD/Voz para personas con problemas de audición. Las horas de servicio son de 8:00 AM – 5:00 PM, de lunes a viernes, excepto en días festivos estatales.

Trabajador del caso _____

Tel. _____

Dirección: _____