



Work First (Trabajar Primero) Asistencia Monetaria Acuerdo de Pago Protegido

Condado _____

Fecha: _____

Yo, estoy de acuerdo en recibir el pago protegido del Programa Work First a favor de:

Jefe de Familia/Padre o Madre del menor

Fecha de Inicio de Pagos Protegidos

Numero de Caso (Product Delivery)

Como receptor del pago protegido para la familia, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Asegurar que el pago mensual es usado para suplir las necesidades de la familia;
2. Asegurar que se cumpla el Acuerdo de Responsabilidad Mutua por parte del jefe de familia o padre o madre del menor;
3. Trabajar conjuntamente con la familia para ayudarles a asumir responsabilidad ejerciendo un buen manejo del pago;
4. No discutir (hablar) ningún aspecto de la situación de la familia con alguna otra persona que no sea un representante del Departamento de Servicios Sociales del Condado o de la División de Servicios Sociales;
5. Revisar la necesidad continua de un receptor del pago protegido para la familia con el Departamento de Servicios Sociales del Condado; y
6. Respetar los derechos de la familia y la naturaleza confidencial de la relación de la familia para con el Departamento de Servicios Sociales.

Firma del Receptor del Pago Protegido

Fecha

Firma del Solicitante o Beneficiario

Fecha

Firma del Director de Servicios Sociales
O la persona designada

Fecha

Distribución: Original: Archivo del caso
Copias: Receptor del Pago Protegido
Familia en el Programa Work First