

**Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
Empleo y Capacitación**

SUS OPORTUNIDADES	SUS OBLIGACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se le reembolsen los gastos de transporte relacionados con la participación en el programa SNAP E&T. Puede requerirse documentación de los gastos reales incurridos. • Si sus costos de transporte mensuales para participar en el programa son más que el monto máximo de reembolso mensual, se le asignará una actividad más adecuada. Si no hay una actividad adecuada disponible, es posible que tenga una buena razón para no participar en el programa E&T. • Si encuentra empleo después de participar en el programa, se le puede reembolsar por los uniformes u otra ropa requerida para el empleo, equipo, suministros, herramientas necesarias para realizar el trabajo, tarifas de prueba y transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe participar y completar todas las actividades asignadas del programa SNAP E&T. • Debe buscar y solicitar empleo. • Debe aceptar ofertas razonables de empleo adecuado. • Debe permanecer empleado sin reducir sus horas o renunciar a su empleo a menos que exista una buena razón documentada.
<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se haya tomado una decisión sobre su caso de SNAP E&T revisada por un supervisor del programa SNAP E&T. • Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el supervisor, puede presentar una queja por escrito a la junta de la fuerza laboral local. 	<p>Debe mantener su cuenta actualizada con cualquier cambio que pueda afectar su participación, incluidos cambios en el hogar, cambio de número de teléfono, cambio de dirección, etc.</p>

SI NO PARTICIPA	
PENALIDADES POR NIVEL	CONSECUENCIAS
1	Pérdida de la ayuda alimentaria por un mínimo de un mes o hasta el cumplimiento, cualquiera sea mayor.
2	Pérdida de la ayuda alimentaria durante tres meses o hasta el cumplimiento, cualquiera sea mayor.
3	Pérdida de la ayuda alimentaria durante seis meses o hasta el cumplimiento, cualquiera sea mayor.
<p>Nota: a menos que cumpla con una exención, debe cumplir con el programa después de que finalice el período de sanción antes de que se puedan recuperar sus beneficios.</p>	

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante en letra de molde

Últimos cuatro dígitos del SSN

**No se le ha solicitado que proporcione su número de seguro social en este formulario. Sin embargo, para su información, la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1137) dispone que su número de seguro social se puede utilizar para administrar el programa, incluida la determinación de elegibilidad, la atribución de la recepción de los servicios, la correspondencia y la participación, así como para fines de presentación de informes.*

Preguntas sobre empleo y formación
Department of Economic Opportunity (DEO)
Email: CustomerInfoCenter@deo.myflorida.com
Toll Free Number: 1-855-212-0880

Elegibilidad de beneficios y preguntas de referencia
Department of Children and Families Website:
www.myflfamilies.com
ACCESS: www.myflorida.com/accessflorida/

Formulario de reconocimiento del cliente para Procedimientos de protección de quejas, agravio y denunciantes

La presentación de "quejas" difiere de la presentación de "agravio", por lo tanto, estas se muestran por separado, mientras que el procedimiento de audiencia / apelación será el mismo para ambos y se muestra debajo de los procedimientos de presentación.

Procedimientos de presentación de quejas: Si usted como cliente siente que sus derechos están siendo violados debido a un acto de discriminación basado en raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, afiliación política o creencia, estado civil, información genética, o solo para beneficiarios, solicitantes y participantes, sobre la base del estado de ciudadanía o la participación en un programa o actividad de asistencia financiera del Título I de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (WIOA), puede presentar una carta de queja dentro de los 180 días posteriores a la presunta ocurrencia con:

Equal Opportunity (EO) Officer
CareerSource Southwest Florida
6800 Shoppes at Plantation Dr., Suite 170 Fort Myers, FL 33912
Phone: 239-931-8282, option 1, then ext. 1801 Fax: 239-931-8275

o

The Office for Civil Rights/Department of Economic Opportunity (DEO)
Caldwell Building – MSC 150
107 East Madison Street Tallahassee, FL 32399-4129
Phone: 850-921-3201 Fax: 850-921-3122
E-mail: Civil.Rights@deo.myflorida.com TTY – Florida Relay (FRS): 711

Consulte procedimientos de audiencia a continuación. Si no se ha emitido un Aviso de Acción Final por escrito dentro de los 90 días, es posible que desee presentarlo ante:

Director
Civil Rights Center (CRC), U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue NW, Room N-4123
Washington, DC 20210
o electrónicamente como se indica en el sitio web del CRC en www.dol.gov/crc

Procedimientos de presentación de agravio: Si usted, como cliente, tiene un problema que surge en relación con un programa operado por CareerSource Southwest Florida (CSSWF) o por un proveedor de servicios de CSSWF, debe discutir el asunto con su representante de la fuerza laboral. Si el problema no se puede resolver, debe discutir el problema con el Supervisor del Centro. Si cree que el problema aún no se ha resuelto, puede presentar una carta de agravio con:

Grievance Officer
CareerSource Southwest Florida
6800 Shoppes at Plantation Dr., Suite 170 Fort Myers, FL 33912

Procedimientos de audiencia para quejas y agravio: Si la agravio/queja no se puede resolver informalmente, entonces el Oficial de EO o el Oficial de Agravio designarán un Oficial de Audiencias, programarán una audiencia y le notificarán por correo certificado, recibo de devolución, a un mínimo de 15 días calendario antes de la audiencia. El aviso de audiencia le informará de lo siguiente:

- La fecha, hora y lugar de la audiencia;
- Las secciones pertinentes de las regulaciones federales involucradas;
- Puede presentar testigos o pruebas documentales en la audiencia;

- Usted puede ser representado en la audiencia por un abogado u otro representante; y
- Todas las partes recibirán la decisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su queja o queja.

La audiencia se llevará a cabo y se emitirá una decisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su queja o queja. Si no está satisfecho o se ha visto afectado negativamente por la decisión o si no se ha emitido una decisión dentro del plazo de sesenta (60) días calendario, puede presentar una apelación ante:

Department of Economic Opportunity (DEO)/Office of the General Counsel
Caldwell Building – MSC 110 107 East Madison
Street Tallahassee, FL 32399-4128

Su solicitud de apelación indicará los hechos, leyes, procedimientos, etc. que usted cree que son relevantes para su revisión. Su apelación debe presentarse ante DEO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de la decisión de CSSWF o dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al plazo requerido de 60 días calendario para que CSSWF actúe. Su solicitud incluirá su dirección donde se enviarán los avisos oficiales por correo. El estado puede devolver la queja a CSSWF para celebrar una audiencia o imponer otros recursos para resolver la queja.

Procedimientos de protección de denunciantes: Si usted, como cliente o participante del programa, cree razonablemente que alguna política, práctica o actividad de CareerSource Southwest Florida (CSSWF) está en violación de la ley, puede presentar una queja por escrito con:

Executive Director or designee
Southwest Florida Workforce Development Board dba CareerSource Southwest Florida
6800 Shoppes at Plantation Dr., Suite 170
Fort Myers, FL 33912
or whistleblower@careersourcesouthwestflorida.com.

CSSWF no tomará represalias contra usted, como cliente o participante del programa que, de buena fe, haya hecho una protesta o presentado una queja contra alguna práctica de CSSWF, sobre la base de una creencia razonable de que la práctica está en violación de la ley o un mandato claro de política pública.

CSSWF no tomará represalias contra usted, como cliente o participante del programa que divulgue o amenace con revelar a un supervisor o un organismo público cualquier actividad, política o práctica de CSSWF que usted crea razonablemente que está en violación de una ley, o una regla, o regulación ordenada de conformidad con la ley o está en violación de un mandato claro o política pública con respecto a la salud, seguridad, bienestar o protección del medio ambiente.

Como cliente, certifico que he leído y entiendo los Procedimientos de Protección de Agravio, Quejas y Denunciantes explicados anteriormente.

Cliente:

Nombre impreso

Firma

Fecha

Padre:

(para jóvenes de 17 años o menos) Nombre impreso

Firma

Fecha

Un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido para las personas con discapacidades. Todos los números de teléfonos de voz en este documento pueden ser contactados por personas que utilizan equipos TTY /TDD a través del Servicio de Retransmisión de Florida al 711.



Consentimiento general para uso de la información confidencial.

Doy mi consentimiento para el CareerSource Southwest Florida personal puedan obtener información o registros que pueden ser necesarios para la determinación de elegibilidad, aplicaciones monitoreo y seguimiento para programas del sector laboral. Esta información puede incluir, pero no estará limitado a las instituciones de formación, expedientes escolares, asistencia pública, cupones de alimentos, empleo, seguro de desempleo, Compensación de Trabajadores, Seguridad de Ingreso Suplementario, los ingresos de la Seguridad Social, las prestaciones de jubilación, y otros ingresos de información según sea necesario.

Autorizo CareerSource Southwest Florida para copiar mi tarjeta de seguro social y utilizar el número:

1. Documentar una aplicación, remisión y participación;
2. Como un número de identificación para el pago de nómina y de devolución de impuestos del Servicio de Impuestos Internos; y
3. Para verificar la información que aparece en mi solicitud de admisión.

También entiendo que cualquier información publicada se mantiene en la más estricta confidencialidad por el CareerSource Southwest Florida personal y revelada solamente en el curso de las actividades oficiales, para un máximo de cinco años a partir de la fecha de la firma. Un CareerSource Southwest Florida representante ha explicado la finalidad de esta forma y no voy a retener a nadie responsable por cualquier información solicitada o enviada.

Una fotocopia o facsímile de este formulario de consentimiento firmado, pueden ser utilizados para obtener y divulgar su información según lo autorizado por la firma en este formulario.

Nombre del cliente (Por favor imprima claramente) _____
Cuatro últimos SSN

Firma del cliente _____
Fecha

Dirección postal (Por favor imprima claramente)

Ciudad Estado Código

postal para los jóvenes mayores de **17 años** y menores:

Padre/tutor (Por favor imprima claramente) _____
Fecha

Padre/madre/tutor firma _____
Fecha

Firma del personal _____
Fecha

Ubicación de Centro:

www.careersourcesouthwestflorida.com

Un programa/empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Asistencia y servicios auxiliares están disponibles a solicitud de las personas con discapacidad. Todos los números telefónicos en este documento pueden ser alcanzados por las personas que utilicen un equipo TTY/TDD a través del Servicio de Retransmisión de Florida al 711.

Formulario de permiso de medios de comunicación

Por la presente, otorgo permiso a la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Suroeste de Florida, Inc. (la Junta) y / o a los Centros CareerSource del Suroeste de la Florida para usar mi nombre, declaración, imagen y antecedentes en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las entradas al sitio web, sin pago o cualquier otra consideración.

Entiendo y acepto que estos materiales pasarán a ser propiedad de la Junta y no serán devueltos.

Por la presente autorizo irrevocablemente a la Junta a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir mi nombre, declaración, foto y antecedentes con el fin de divulgar los programas de la Junta o para cualquier otro propósito legal. Además, renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluida una copia escrita o electrónica. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de esta información.

Por este medio, me declaro inofensivo y libero y descargo para siempre a la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Suroeste de Florida, Inc. de todas las reclamaciones, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tiene o puede tener por motivo de esta autorización.

Estoy ejecutando esta versión libremente, a sabiendas y voluntariamente sin ninguna influencia o coacción indebida.

Tengo 18 años de edad y soy competente para contratar en mi propio nombre. He leído esta versión antes de firmar a continuación y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de esta versión.

No otorgo permiso a la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Southwest Florida, Inc. (la Junta) ni a CareerSource Southwest Florida Centers para usar mi nombre, declaración, foto y antecedentes en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las entradas al sitio web, sin pago o cualquier otra consideración.

(Firma del cliente)

(Fecha)

(Nombre impreso personalizado)

Si la persona es menor de 18 años, debe haber un consentimiento de un padre o tutor, de la siguiente manera:

Por la presente certifico que soy el padre o tutor de _____
y por la presente doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior en nombre de esta persona.

(Firma del padre / madre / tutor)

(Fecha)

(Nombre impreso del padre / madre / tutor)