**Acuerdo de participación de Wisconsin Works (W-2)**

WISCONSIN WORKS (W-2) PARTICIPATION AGREEMENT

La información personal que proporcione se puede usar para propósitos secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Este formulario trata sobre:**

* Sus responsabilidades como participante en Wisconsin Works (W-2); y
* las responsabilidades de la agencia W-2.

**El Programa W-2:**

* Proporcionará gestión de casos para ayudarme a prepararme y a conseguir un trabajo.
* Me pondrá en contacto con más servicios en mi zona.
* Puede ayudar a mi familia con educación financiera, planificación y ahorro.
* Me ayudará a desarrollar mi educación y habilidades laborales a través de actividades y capacitación y es posible que reciba un pago de W-2.
* Puede ayudar a mi(s) hijo(s) a tener éxito en la escuela y empezar a planificar su futuro.

**Marque las casillas siguientes para demostrar que comprende sus responsabilidades durante su participación en el programa W-2. Hable con su administrador de casos si tiene preguntas sobre este formulario o inquietudes sobre su seguridad o la de su(s) hijo(s).**

**PREPARACIÓN PARA EL EMPLEO Y CAPACIDAD PARA TRABAJAR**

Si estoy preparado para un trabajo o tengo un trabajo, puedo recibir asesoramiento en administración de casos mientras me ayudan con mis objetivos laborales.

Si no estoy preparado para un trabajo, estoy dispuesto a participar en capacitaciones y actividades que me ayuden a prepararme y conseguir un trabajo. Es posible que reciba un pago de W-2.

Si tengo una situación que afecta a mi capacidad para trabajar, el administrador de mi caso puede pedirme que me someta a una evaluación para averiguar si necesito servicios o adaptaciones especiales.

Me reuniré con un administrador de casos para realizar una evaluación en la que se me preguntará sobre mis capacidades laborales, mi experiencia laboral y mis necesidades actuales. El administrador de mi caso utilizará la información para ayudarme a tener éxito.

**NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS**

Informaré los cambios que se produzcan en mis ingresos, patrimonio y número de miembros de mi familia en un plazo de **10 días calendario** a partir del momento en que se produzcan.

Informaré de las mudanzas de mis hijos en un plazo de cinco (5) días laborables desde que se produzcan.

* Podría haber sanciones legales si doy información falsa a propósito de dónde vive(n) mi(s) hijo(s).

**Si no comunico los cambios a tiempo, podría tener que devolver los pagos de W-2 que recibí con anterioridad.**

**ACTIVIDADES Y ASIGNACIONES LABORALES DEL W-2**

Me reuniré con un administrador de casos para realizar evaluaciones y crear mi Plan de Empleabilidad.

Participaré en un máximo de 40 horas semanales en actividades que me ayuden a alcanzar mis objetivos laborales y vitales.

Participaré en todas las actividades de mi Plan de Empleabilidad e informaré al administrador de mi caso lo antes posible si no puedo, por cualquier motivo, realizar mis actividades.

* + Mis actividades laborales del W-2 cumplirán todas las leyes y normas federales y estatales sobre trabajo, salud y discriminación.
* Mis actividades laborales del W-2 apoyarán mis derechos laborales y sindicales.

Debo llenar los formularios de asistencia para todas las actividades del W-2.

Proporcionaré a mi administrador de casos información para confirmar mi elegibilidad o participación en un plazo de **siete (7) días laborables** cuando se me solicite.

* Puedo solicitar a mi administrador de casos más tiempo para obtener esta información.

Mi(s) hijo(s) menor(es) de 13 años debe(n) tener cuidado infantil durante las horas que yo participe en actividades del W-2.

* Puedo pedirle al administrador de mi caso o ponerme en contacto con la agencia local de cuidado infantil para que me ayude a encontrar una guardería.

Estoy dispuesto a buscar y aceptar un trabajo.

Debo tener una buena razón si rechazo una oferta de trabajo, renuncio o me despiden de un empleo o podría perder mis prestaciones del W-2.

**PAGOS**

Si recibo un pago de W-2 por error, debo devolverlo. Esto se llama sobrepago.

**Mi pago se reducirá en $5.00** por cada hora de actividades de mi Plan de Empleabilidad a la que falte sin un motivo justificado.

**Mi pago de W-2 puede reducirse** si mis hijos faltan al colegio sin motivo justificado.

**Mi pago de W-2 puede reducirse** si no entrego los formularios de asistencia a mis actividades.

**REQUISITOS DE COOPERACIÓN PARA LA MANUTENCIÓN INFANTIL**

Trabajaré con la agencia local de manutención infantil para ayudar a nombrar o encontrar al/los otro(s) padre(s) de mi(s) hijo(s).

Una parte de mi pago de manutención infantil recaudado por el estado se conservará durante mi tiempo en el programa W-2.

Si me preocupa mi seguridad o la de mi(s) hijo(s), o si tengo otra buena razón para no trabajar con la agencia de manutención infantil, puedo hablar con mi administrador de casos para obtener una excepción a esta regla.

**Si informo a mi administrador de casos de que algún niño está siendo maltratado, o si mi administrador de casos ve un caso de maltrato, deberán denunciarlo a los servicios de protección de menores.**

**PLAZOS TEMPORALES**

Puedo recibir pagos de W-2 durante un total de 48 meses (4 años) a lo largo de mi vida; con algunas colocaciones limitadas de pagos de W-2 a 24 meses cada una.

Cada mes que tengo una colocación del W-2 cuenta para mi límite vitalicio de 48 meses, aunque mi pago se reduzca a cero.

Si estoy inscrito en el W-2 pero no recibo un pago de W-2, mi tiempo no se tiene en cuenta para el límite vitalicio.

Al menos una vez cada seis meses, el administrador de mi caso revisará cuánto tiempo he utilizado en el programa W-2.

Puedo pedir más tiempo si estoy a punto de terminar mi límite vitalicio. El administrador de mi caso decidirá si puedo disponer de más tiempo en función de las normas del programa.

**NEGATIVA A PARTICIPAR**

Si me niego a participar, **es posible que no sea elegible para el W-2 durante un máximo de 90 días (3 meses)** a partir de la fecha de mi última solicitud.

**La negativa a participar se define como:**

* + Faltar repetidamente a las actividades asignadas sin motivo justificado;
  + No presentarse o presentarse tarde (15 minutos o más) a entrevistas de trabajo, reuniones o ferias sin una buena razón;
  + Abandonar una entrevista de trabajo o una reunión antes de que termine sin una buena razón;
  + Presentarse a una entrevista de trabajo o a una reunión vestido de forma inadecuada, después de haber recibido instrucciones o capacitación sobre qué ropa llevar;
  + No llenar una solicitud de empleo cuando lo exija un posible empleador;
  + Pedir a un posible empleador un salario, unas horas de trabajo o unas condiciones poco razonables que le lleven a no conseguir el trabajo;
  + No ser sincero sobre las aptitudes o el historial en una entrevista o solicitud de trabajo, lo que lleva a no conseguir el empleo;
  + Rechazar una oferta de trabajo o renunciar a un empleo adecuado sin una buena razón; o
  + Ser despedido por mala conducta en el trabajo, o mala conducta en la agencia W-2, lugar de trabajo, formación u otros servicios o actividades del W-2.
    - La mala conducta incluye negarse a seguir instrucciones orales o escritas, decir malas palabras o utilizar un lenguaje inapropiado, comportarse de manera abusiva o incumplir las normas de trabajo escritas.

**ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD**

Si tengo una discapacidad, es posible que pueda obtener ayuda específica para mi condición, que me ayude a realizar las actividades laborales, lo que también se conoce como adaptación razonable.

Mi administrador de casos utilizará la información facilitada para decidir qué tipo de asistencia puede ayudarme a completar la formación y las actividades laborales asignadas.

El programa W-2 utiliza la definición de discapacidad de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), que puede ser diferente de otras definiciones de programas y servicios.

Estoy protegido contra la discriminación en función de mi discapacidad.

**REQUISITOS PARA PRUEBAS DE DROGAS**

Debo informar a mi administrador de casos si he sido condenado por un delito de drogas en los últimos cinco años.

Si tengo un delito reciente por drogas en mi expediente, es posible que tenga que someterme a una prueba de detección de drogas para recibir los servicios del W-2.

Si el resultado de la prueba para detección de drogas es positivo, **se me reducirá el pago de W-2.**

**FRAUDE**

Si yo u otro miembro del grupo del W-2 damos a la agencia W-2 información falsa a propósito de mi caso del W-2, puede ocurrir lo siguiente:

* Mis pagos de W-2 terminarán;
* Me pueden negar el W-2 por seis (6) meses por primera vez, 12 meses por segunda vez y permanentemente por tercera vez; o
* se pueden emprenderse acciones legales.

**RESPONSABILIDADES DE LA AGENCIA W-2**

Entiendo las responsabilidades de la agencia W-2 para conmigo.

**La agencia W-2 se encargará de:**

* + Proporcionar comunicación y dar respuestas claras a mis correos electrónicos, llamadas y otros mensajes.
  + Informarme sobre los pagos de estabilización familiar y cómo puedo recibir uno.
  + Proporcionar recursos y referencias a otros programas según sea necesario y solicitado.
  + Ofrecer vales, si están disponibles, para necesidades no cubiertas por otros programas, tales como ropa, material escolar y transporte.
  + Proporcionar todos los formularios del programa y otras publicaciones o folletos que solicite.
  + Utilizar la información obtenida de las evaluaciones para tomar decisiones sobre la gestión del caso.
  + Mantener la privacidad de mi información personal y sólo facilitarla a otras personas si es necesario.
  + Apoyar mis objetivos laborales y vitales durante mi estancia en el programa W-2.
  + Tratarme con respeto y dignidad y prestarme servicios imparciales para ayudarme a conseguir mis objetivos y apoyar a mi familia.
  + Utilizar la información obtenida de mis evaluaciones para ayudarme a elegir mis actividades.
  + Registrar puntualmente la información sobre mi asistencia para asegurarse de que mis pagos son correctos.
  + Actuar rápidamente si informo de que me siento inseguro o acosado en un lugar de trabajo o en otra actividad del W-2.
  + Trabajar conmigo para crear un Plan de Empleabilidad que apoye mis objetivos y mi horario para que pueda asistir a las actividades asignadas.
  + Revisar y actualizar conmigo mi Plan de Empleabilidad cuando sea necesario o se lo pida.
  + Tomar todas las decisiones sobre causas justificadas y prórrogas basándose en la información facilitada.

**Línea de servicio al cliente de Wisconsin Works: (855) 757-4539**

Puede llamar al número de teléfono arriba indicado en cualquier momento para hablar con un miembro del personal del Department of Children and Families sobre Wisconsin Works (W-2) o informarse sobre programas relacionados como Préstamos de Acceso al Empleo (Job Access Loans), Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance), Asistencia en Efectivo para Refugiados (Refugee Cash Assistance) o Transitional Jobs.

Apreciamos todos los comentarios y haremos todo lo posible para proporcionarle la ayuda que necesite.

Si tiene alguna queja, puede acceder al formulario de quejas del W-2 aquí: <https://dcf.wisconsin.gov/w2/complaints>

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTIENDO Y ACEPTO QUE:**   * Debo firmar este acuerdo de participación para poder optar a un puesto de trabajo del W-2. * Puedo optar por aceptar un puesto del W-2 no remunerado y guardar mis meses limitados de pagos de W-2 para futuras necesidades. * Seguiré las normas y responsabilidades de este acuerdo de participación. * Es posible que no pueda participar en el futuro si no coopero con la agencia W-2. | |
| **FIRMA** - Solicitante / Participante (o ID de Interacción de la firma telefónica) | Fecha de la firma |
| **FIRMA** - Otro miembro adulto del grupo W-2, si es necesario | Fecha de la firma |
| **For Office Use Only**  I have explained the requirements of participation in a W-2 employment position and answered the applicant’s questions to the best of my knowledge.  I have witnessed the signature(s) on this participation agreement.  I understand my responsibilities to the participant and will work to help them achieve their goals and support their family. | |
| SIGNATURE – Agency Witness | Date Signed |