**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      |