

# ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA

## REQUISITOS FUNDAMENTALES

En este acuerdo se explican las responsabilidades del solicitante/participante del programa *Work First* y del trabajador del programa *Work First*.

**Yo, solicitante/participante del programa *Work First*, acepto los siguientes REQUISITOS a menos que tenga una buena razón o que esté exento. Me comprometo a presentar pruebas de que cumplo con estos requisitos. Si necesito ayuda para presentar las pruebas, le pediré ayuda al trabajador de *Work First* asignado a mi caso.**

**Todos los todos los solicitantes/participantes deben escribir sus iniciales junto a las cinco (5) declaraciones que se presentan a continuación.**

- \_\_\_\_\_ Me pondré en contacto con el trabajador de *Work First* asignado a mi caso en menos de diez (10) si mi situación cambia.
- \_\_\_\_\_ Iré a todas las citas previstas con el trabajador del programa *Work First* asignado a mi caso.
- \_\_\_\_\_ Cooperaré con la oficina de cumplimiento de manutención infantil respecto a todos los niños que reciben asistencia.
- \_\_\_\_\_ Me aseguraré de que todos los niños que reciben asistencia estén vacunados y de que se les hagan chequeos médicos con regularidad.
- \_\_\_\_\_ Me aseguraré de que todos los niños en edad escolar y padres menores de edad que reciben asistencia vivan en mi casa y vayan a la escuela de acuerdo con las normas de asistencia del establecimiento educacional.

**Los adultos de la unidad familiar del programa *Work First* deben escribir sus iniciales a continuación:**

- \_\_\_\_\_ **Reconozco que si no cumplo con los requisitos indicados en la lista de requisitos fundamentales del Acuerdo de Responsabilidad Mutua (MRA), dejaré de recibir el pago del programa *Work First* sin más aviso, y que a todos los miembros de la familia se les hará una evaluación para Medicaid. Este acuerdo sirve como aviso de terminación.**

**El Departamento de Servicios Sociales del condado se compromete a lo siguiente:**

- Coordinar servicios tales como cuidado infantil, transporte y otros servicios especificados en el plan de acción MRA;
- Coordinar servicios para los miembros de la familia, cuando sea necesario, para que usted pueda hacer las actividades del plan de acción MRA;
- Remitir a otros servicios y recursos de la comunidad para ayudarlo a que se vuelva autosuficiente;
- Ayudar con las necesidades de vivienda y la administración del dinero,
- Dar asistencia con los recursos de educación y/o la capacitación indicados en el plan de acción del MRA y hacer todas las adaptaciones razonables;
- Dar asistencia del programa *Work First*, Medicaid y Servicios de Alimento y Nutrición, si es elegible;
- Dar una copia de su Acuerdo de Responsabilidad Mutua (MRA) en que se describan las actividades requeridas y los servicios que se van a prestar;
- Actualizar o cambiar el MRA con usted según sea necesario.

Entiendo lo que se me exige. También entiendo que los beneficios del programa *Work First* pueden tener plazos. No se me dará asistencia del programa *Work First* si no cumplo, a menos que tenga una buena razón como se describe en las normas del programa *Work First* de Carolina del Norte.

Firma del solicitante/participante de *Work First* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del trabajador de *Work First* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

"De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a: Health and Human Services, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al teléfono (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TTY). El Departamento de Salud y Servicios Humanos ofrece igualdad de oportunidades en la prestación de servicios y el empleo. Dirija toda otra pregunta o inquietud al Departamento de Servicios Sociales local.