ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA
REQUISITOS DEL PLAN DE ACCIÓN

Nombre del participante: _____ Número del caso en el condado: _____

El programa *Work First* de Carolina del Norte se basa en la filosofía de que todos son responsables ante su familia y su comunidad de trabajar y mantener a sus niños. Este Plan de acción del Acuerdo de responsabilidad mutua (MRA, por sus siglas en inglés) explica los pasos que se deben tomar para volverse autosuficiente. Este plan se revisará y puede cambiarse según sea necesario.

Los participantes deben escribir sus iniciales junto a todas las declaraciones

___ Me pondré en contacto inmediatamente con el trabajador de *Work First* asignado a mi caso si se produce algo que me impida hacer las actividades descritas en el plan de acción MRA.

___ Aceptaré y conservaré todo empleo razonable que se me ofrezca. No renunciaré al trabajo, no rechazaré ofertas de empleo y no dejaré de darle seguimiento a las remisiones de empleo sin una buena razón.

___ Presentaré verificación de todas los actividades que haga cada mes antes del quinto (5to) día de trabajo del mes siguiente.

___ Reconozco que si no satisfago los requisitos indicados en el plan de acción y en la lista de requisitos fundamentales del MRA, dejaré de recibir el pago del programa *Work First*, y que a todos los miembros de la familia se les hará una evaluación para Medicaid. Este acuerdo sirve como aviso de terminación.

Meta de empleo: _____

Otras metas: _____

Número de meses que quedan en el período de 24 meses _____ y en el período de 60 meses _____

Plan de acción: (Describa las responsabilidades del cliente y de la agencia)

ACTIVIDAD O SERVICIO	HRS /SEM	REQUISITOS

ACTIVIDAD O SERVICIO	HRS /SEM	REQUISITOS

Comentarios_____

_____

_____

Las firmas que se asientan a continuación indican que hemos desarrollado en conjunto este plan de acción y que estamos de acuerdo con las responsabilidades y condiciones estipuladas. Se han explicado las normas sobre beneficios con plazo, requisitos de emisión de cheques, audiencias y extensiones.

Firma del participante de *Work First*: _____FECHA:_____Teléfono: _____

Firma del trabajador de *Work First*: _____ FECHA:_____Teléfono: _____

"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.