Washington State Department of Social & Health Services

Plan de Responsabilidad Individual (IRP) Revisión de Evidencia Médica

Individual Responsibility Plan (IRP) Reviewing Medical Evidence

Plan de responsabilidad individual WorkFirst (Trabajo Primero) para _____

ID JAS
NÚMERO DE CASO
ID DEL CLIENTE

Comprendo que:

- Se requiere que trabaje, busque trabajo o me prepare para un trabajo de tiempo completo durante al menos 32 horas a la semana si es posible.
- Debo realizar las actividades requeridas. Si no lo hago, seré sancionado a menos que pueda probar que tuve una buena razón. Esto se llama estar en estado de sanción WorkFirst. Si soy sancionado, significa que:
  - Mi subsidio será reducido por un 40% o por la parte correspondiente a una persona, el monto que sea mayor .
  - Debo seguir mi IRP durante cuatro semanas consecutivas para salir del estado de sanción.
  - Una vez que haga lo requerido durante cuatro semanas consecutivas, mi pena de sanción será levantada comenzando el primero del mes siguiente a mis cuatro semanas de participación.
  - Un panel de revisión de sanciones revisará y podrá cerrar mi caso si permanezco sancionado durante seis meses consecutivos.
    - Si un panel de revisión cierra mi caso, tendré que volver a solicitar admisión al programa y volver a participar durante cuatro semanas consecutivas antes de recibir efectivo.
    - Si mi caso es sancionado nuevamente, una junta de revisión de sanciones revisará y podrá cerrar mi caso si continúo sancionado durante tres meses seguidos.
- Debo cooperar con la División de manutención para niños mientras recibo beneficios TANF/SFA a menos que tenga una buena razón para no cooperar. La cobranza exitosa de manutención para niños me puede ayudar a suprimir mi necesidad de asistencia en efectivo.
- Sólo puedo obtener 60 meses de beneficios en efectivo de TANF/SFA en mi vida, a menos que califique para una extensión.
- He usado _____ meses de beneficios en efectivo.
- Se requiere que trabaje, busque trabajo o me prepare para un trabajo de tiempo completo durante al menos 32 horas a la semana si es posible.
- Si no puedo asistir a una actividad programada, llamaré a la persona al número listado a continuación.
- Debo realizar las siguientes actividades por la cantidad de tiempo semanal especificado a continuación:

RR – Revisión de Evidencia Médica

Creo que tengo problemas físicos, mentales o emocionales que pueden estar interfiriendo con mi habilidad para participar en algunas actividades de WorkFirst o en el trabajo. Acepto programar una cita con el asistente social con _____, el _____.

Puede comunicarme con este asistente social al _____.

Comprendo que el propósito de esta cita es revisar mis problemas de salud para que así pueda desarrollar un Plan de Responsabilidad Individual que se adecue mejor a mis necesidades y limitaciones específicas.

Si no puedo asistir a mi cita programada, llamaré al número antes mencionado en o antes del mismo día de la cita y explicaré los motivos de mi ausencia.

Comprendo que si no llamo en o antes del mismo día de la cita, esto se considerará como una ausencia no autorizada que puede tener como resultado una sanción.

Se han ocupado del cuidado de niños y del transporte.

Mi administrador del caso y yo revisaremos este IRP nuevamente antes de _____ .

Si existe una buena razón por la que no puedo seguir mi plan, debo contactar a mi Trabajador Social/Especialista del Programa WorkFirst y trabajar con él tan pronto como sea posible. Algunos ejemplos de buenas razones incluyen:

- No pude asistir a una cita debido a enfermedad o a un problema inesperado con la persona que cuidaría a mis niños o en el transporte;
- Tengo una condición de emergencia (física, mental, o emocional);
- Soy víctima de violencia familiar;
- No puedo encontrar cuidado costeable y apropiado dentro de mi área para niños menores de 13 años;
- Tengo un problema legal inmediato;
- Tengo una discapacidad o ciertos problemas médicos y esto me ha impedido cumplir con los requerimientos del programa; o
- Soy un adulto con una discapacidad crónica severa;
- Me necesitan en mi hogar para cuidar de un niño con necesidades especiales o de otro adulto con discapacidades;
- Tengo 55 años o más y me ocupo de un niño del cual no soy el padre o la madre; o
- Estoy solicitando SSI con un facilitador de DSHS.

Si no estoy de acuerdo con este plan, tengo derecho a solicitar una revisión del caso y/o una audiencia. Para solicitar una audiencia, debo contactar a mi Oficina de Servicios Comunitarios o a la Oficina de Audiencias Administrativas, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la firma de mi administrador del caso que se encuentra a continuación. Me han proporcionado una copia de mi Plan de Responsabilidad Individual.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO	FECHA	MI FIRMA	FECHA

ID JAS	NÚMERO DE CASO	ID DEL CLIENTE

REQUERIMIENTOS CONFIDENCIALES

Es probable que pueda obtener servicios de apoyo para ayudarme a avanzar en mi trabajo, conservar mi trabajo, aceptar un trabajo, buscar un trabajo o cumplir con mi plan. Si no estoy de acuerdo con una decisión acerca de servicios de soporte, puedo pedir una revisión del caso y/o una audiencia. Me comunicaré con mi Trabajador Social/Especialista del Programa WorkFirst si necesito servicios de soporte como:

- Reparación de vehículo
- Vestido
- Asesoría
- Pañales
- Gastos de educación
- Higiene personal
- Licencia/tasas
- Corte de cabello
- Pases de autobús
- Kilometraje
- Herramientas de trabajo
- Planificación familiar

Mientras esté sancionado, no puedo obtener servicios de soporte (tales como dinero para ropa de trabajo o transporte) hasta que comience a seguir mi IRP.

Comprendo que, si me niego a cooperar con la División de Manutención para Niños (DCS) sin una buena razón, mi subsidio podrá ser reducido. Algunas buenas razones incluyen una amenaza de daño a mis hijos o a mí. Comprendo que mientras esté recibiendo asistencia TANF, cualquier pago por manutención para niños será retenido para reembolsar al estado.

Cuando no reciba TANF/SFA, DCS cobrará la manutención para niños y me la enviará, a menos que les pida que no lo sigan haciendo. Comprendo los servicios de soporte, sanciones y manutención para niños.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO	FECHA	MI FIRMA	FECHA