

Informe de actividades del programa de trabajo para alimentos básicos Basic Food Workfare Activity Report

NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DEL CLIENTE
NOMBRE DEL TRABAJADOR	OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (por sus siglas en inglés, "CSO")
<p>Los programas de trabajo son una forma para que los adultos aptos sin dependientes (por sus siglas en inglés, "ABAWD") permanezcan elegibles para recibir beneficios de alimentos básicos, aportando horas de trabajo no remunerado a un organismo publico o privado sin fines de lucro (organizaciones comunitarias, escuelas, etc.)</p> <p>INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleve este formulario a la agencia de programas de trabajo de su comunidad todos los meses para verificar la cantidad de horas que trabajó bajo un programa de trabajo. • Deberá presentar el formulario mensual antes que transcurran 10 días que complete las horas mínimas de su programa de trabajo. • Para mantener la elegibilidad para los beneficios de alimentos básicos, deberá completar trabajo voluntario cada mes. La cantidad de horas de trabajo voluntario se calcula dividiendo el monto de sus beneficios de Alimentos Básicos de su hogar entre el salario mínimo estatal. Por ejemplo: \$192 en beneficios de Alimentos Básicos entre el salario mínimo estatal de \$11.00 = 17 horas de trabajo voluntario por semana. • Solamente una agencia de programas de trabajo podrá llenar y firmar este formulario. • Envíe este formulario lleno al DSHS a más tardar el: <ul style="list-style-type: none"> ○ Envíelo por fax al 1-888-338-7410; o ○ Llévelo a su oficina local de servicios comunitarios (CSO); o ○ Envíelo a: DSHS CSD Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699 	
<p>AGENCIA DE PROGRAMAS DE TRABAJO DE SERVICIO COMUNITARIO QUE CERTIFICA:</p> <p>La persona arriba mencionada deberá cumplir con los requisitos de trabajo para ABAWD para poder recibir beneficios de alimentos básicos. Una forma de cumplir con este requisito es mediante los planes de trabajo.</p> <p>Llene y firme la siguiente declaración para verificar la cantidad de horas de trabajo comunitario que realizará la persona arriba mencionada. Gracias por su colaboración.</p> <p>Certifico que _____ completó _____ horas de trabajo no remunerado durante NOMBRE DEL CLIENTE CANTIDAD DE HORAS</p> <p>el mes de _____. MES, AÑO</p>	
<p>Recuerde que cuando la agencia beneficiaria del programa de trabajo llene, firme y entregue un acuerdo de programa de trabajo voluntario para alimentos básicos, formulario 09-866 del DSHS, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS") pagará el costo de la cobertura de seguro industrial del participante en el programa de trabajo. El Departamento de Trabajo e Industria no puede garantizar que la cobertura por incapacidad laboral proporcione inmunidad total contra responsabilidad civil. En cualquier caso, el DSHS no asumirá responsabilidad alguna por ninguna lesión o fallecimiento de un participante del programa de trabajo durante las horas de trabajo.</p>	
FIRMA	FECHA
NOMBRE (EN LETRA DE MOLDE)	NÚMERO TELEFÓNICO
TÍTULO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE DE LA AGENCIA	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

