

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

PLAN DE SERVICIO FAMILIAR DE TANF

Nombre del caso: _____

Nombre del cliente: _____

Número de ID del cliente: _____

ID del trabajador: _____

Tipo de caso Inicial Actualización
Caso de CPS activo Sí No

Meses con TANF: _____

Teléfono del trabajador: _____

Requisitos de trabajo

- Entiendo que el **empleo estable a tiempo completo** es el objetivo final de este plan de servicios.
- Entiendo que la asistencia en efectivo de TANF está **limitada a 48 meses** en toda la vida para mi familia y para mí.
- Entiendo que debo participar en todas las actividades identificadas que se especifican en esta sección del plan de servicios. El incumplimiento de este requisito dará lugar a una conciliación/sanción para mi familia y para mí.
- Entiendo que la División de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS) puede ayudarme con el cuidado infantil subsidiado. La DFCS también puede ayudarme con otros gastos relacionados con el trabajo, como el transporte.
- Cuando encuentre trabajo, informaré a la DFCS el nombre de mi empleador, el título de mi puesto de trabajo, la cantidad de horas que trabajaré y mi salario. Si la DFCS solicita más información, brindaré la información adicional antes de la fecha límite establecida por la DFCS.
- Entiendo que si renuncio a un trabajo sin una buena causa, mi asistencia en efectivo puede ser reducida o cancelada.
- Entiendo que antes de imponer una sanción, la DFCS me dará la oportunidad de explicar por qué no cumplí con los requisitos de mi Plan de Servicio Familiar de TANF.
- Entiendo que ayudaré a desarrollar el Plan de Servicio Familiar y que mi administrador de casos y yo debemos discutir cualquier cambio en este plan antes de que se realice.
- Entiendo que soy responsable en última instancia de brindar a la DFCS la verificación de mi participación en una actividad laboral.

Revise las declaraciones anteriores y siguientes. Al firmar a continuación, indica que comprende y acepta los requisitos de trabajo.

- He leído, acepto y entiendo los requisitos de trabajo especificados.
- Entiendo que si hay algún cambio en mis circunstancias, debo discutirlo con mi administrador de casos y actualizar el TFSP.
- He ayudado a desarrollar el Plan de Servicio Familiar de TANF. Mi administrador de casos y yo hemos hablado, y he aceptado todos los cambios realizados en este plan.
- **Entiendo que si no cumplo con los requisitos laborales especificados en mi Plan de Servicio Familiar de TANF, la asistencia en efectivo que recibimos mi familia y yo se puede reducir o cancelar.**

Firma del participante

Fecha

PLAN DE SERVICIO FAMILIAR DE TANF (cont.)

Fase: _____

Fecha de evaluación del empleo: _____

Asesor: _____

Objetivo a corto plazo: _____

La meta se cumplirá en esta fecha: _____

Objetivo a largo plazo: _____

Meses con TANF: _____

Obstáculos/posibles obstáculos para el logro de objetivos/empleo: (marque todas las casillas que correspondan)

Transporte
Explique: _____

Problemas familiares

Personales

DV/SA/MH

Otro

Nivel de preparación laboral: (*marque una casilla*).

Listo para el trabajo (hasta 3 meses)

Casi listo para el trabajo (hasta 6 meses)

No listo para el trabajo (hasta 12 meses)

Actividades: (I) _____

(II) _____

(III) _____

Total de horas por semana _____

Lo que hará el participante _____

Lo que hará la agencia _____

Fecha de inicio de la meta a corto plazo: _____ Fecha de logro de la meta a corto plazo: _____

Firma del cliente

Fecha

Revisión de finalización de la fase Fecha:

Meses con TANF:

Excedido

Satisfactorio

Insatisfactorio

Explicación del progreso: _____

(*Marque las casillas apropiadas*).

Cambio de nivel de preparación para el trabajo Cambio de actividad/nuevo plan Conciliación/sanción