JA-010-FFS (4-04)

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
Administración de Empleos • Programa Jobs

PLAN DE EMPLEO (EP)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE *(Apellido, nombre, segundo nombre)*	NUM. ID DE JOBS

NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) DE JOBS/FSE&T	TELEFONO ( )	NUM. DE OFICINA

TIPO DE PLAN	FECHA DEL PLAN INICIAL	FECHA DE REEVALUACION	FECHA DE REVISION	CUIDADO DE NIÑOS
☐ Inicial ☐ Revisión				☐ Sí ☐ No

META DE EMPLEO A CORTO PLAZO MIENTRAS RECIBO ASISTENCIA EN EFECTIVO *(Describa los pasos a tomarse hacia esta meta)*

META DE EMPLEO *(Describa los pasos a tomarse hacia esta meta)*

ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	ID DEL PROVEEDOR / CODIGO DEL LOCAL	FECHA DE COMIENZO	FECHA DE TERMINACION	INDIQUE LAS HORAS ASIGNADAS CADA DIA							
				SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	TOTAL
				SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	TOTAL
				SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	TOTAL
				SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	TOTAL
				SAB	DOM	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	TOTAL

SERVICIOS DE APOYO

SERVICIO DE APOYO	ID DEL PROVEEDOR / CODIGO DEL LOCAL	FECHA DE COMIENZO	FECHA DE TERMINACION	PROPOSITO DE LA RECOMENDACION

COMENTARIOS *(Si es pertinente, describa las necesidades de otros miembros de la familia que podrían ser atendidas a través de Jobs)*

CERTIFICACION DE COMPRENSION

Entiendo que el Plan de Empleo (EP) es un requisito para participar en el programa de Jobs/FSE&T. El personal de Jobs/FSE& y yo desarrollamos este EP y estamos de acuerdo con que las actividades y los servicios que contiene me ayudarán a alcanzar mayor autosuficiencia. Sé que este EP no constituye un contrato. Entiendo que se puede cambiar si mi situación cambia o si los recursos del programa Jobs/FSE&T cambian. Yo avisaré al personal de Jobs/FSE&T si deseo cambiar este plan. Mi firma abajo es testimonio de que comprendo este Plan de Empleo (EP).

FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR(A) DE JOBS/FSE&T	FECHA

Distribución: Original – Archivo del caso, Amarilla – Participante.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con gerente de su oficina local. ◆ Available in English at your local office.