

Family Employment Program: Agreement of Mutual Responsibility

PURPOSE: Establish terms of partnership between customer and Department of Workforce Services (DWS) employment counselor and ensure customer has a good understanding of what is required to participate in the Family Employment Program.

In order to be a part of the Family Employment Program (FEP) and receive financial payments,

I will:

- Develop an employment plan that is tailored to my needs
- Participate in my employment plan activities
- Complete the substance abuse screening process
- Cooperate with Office of Recovery Services (ORS)

In order to support your success in the Family Employment Program, DWS employment counselor will:

- Work with you to develop an employment plan based on your family's individualized needs
- Support you in accessing and completing the substance abuse screening process (SASSI)
- Assist you in your cooperation with the Office of Recovery Services (ORS)
- Connect and support you in accessing DWS and community resources

DWS strives to continually evaluate and improve the Family Employment Program to best suit program participants. I may be contacted for an interview by the Social Research Institute staff to evaluate the Family Employment Program. My participation in the interview is voluntary. I may refuse to answer any questions without affecting my cash assistance benefits.

I have read the Agreement of Mutual Responsibility for the Family Employment Program, and understand that in order to continue receiving cash assistance benefits I will be expected to engage in the activities outlined above. I know that if I do not follow through with the activities, it may result in case closure.

My Rights: Prior to my cash assistance benefits being reduced or stopped, I have the right to have my case reviewed to determine if I have good reason for not meeting the requirements. I have the right to receive a notice of action before my benefits are reduced or stopped. I have the right to appeal and request a fair hearing if I disagree with a DWS decision.

____ I agree to allow DWS to communicate with me through text messaging. I understand the messages may contain confidential information regarding my case and that I am liable for all text related charges and fees.

Parent Signature

Date

Employment Counselor Signature

Date

Programa Familiar de Empleo: Acuerdo de Responsabilidad Mutua

PROPÓSITO: Establecer los términos de sociedad entre el cliente y el Asesor de Empleos del Department of Workforce Services (DWS) y asegurarse que el cliente tenga un buen entendimiento de lo que se requiere para participar en el Programa Familiar de Empleos.

Para ser parte del Programa Familiar de Empleo (FEP) y recibir pagos financieros, Yo haré lo siguiente:

- Desarrollar un plan para obtener empleo que esté diseñado a mis necesidades
- Participar en las actividades de mi plan para obtener empleo
- Completar el proceso de detección de abuso de drogas
- Cooperar con Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación - ORS)

Para apoyar su éxito en el Programa Familiar de Empleo, el Asesor de Empleos de DWS hará lo siguiente:

- Trabajar con usted para desarrollar un plan para obtener empleo basado en las necesidades personales de los individuos en su familia
- Apoyarlo en acceder y completar el proceso de detección de abuso de drogas (SASSI)
- Apoyarlo en su cooperación con Office of Recovery Services (Oficina de Servicios de Recaudación - ORS)
- Ponerlo en contacto y apoyarlo en acceder a los recursos que se encuentran en DWS y en su comunidad

DWS se esfuerza en evaluar y mejorar el Programa Familiar de Empleo continuamente para adaptarse de mejor manera a los participantes en el programa. Es posible que alguien se ponga en contacto conmigo del Social Research Institute (Instituto de Investigación Social) para evaluar el Programa Familiar de Empleo. Mi participación en la entrevista es voluntaria. Yo podría negarme a contestar cualquier pregunta sin que afecte mis beneficios de asistencia financiera.

Yo he leído el Acuerdo de Responsabilidad Mutua para el Programa Familiar de Empleo, y entiendo que para poder continuar recibiendo beneficios de asistencia financiera, se espera que yo participe en las actividades que se han establecido arriba. Yo entiendo que si yo no sigo adelante con las actividades, podría resultar en el cierre de mi caso.

Mis Derechos: Antes de que se me reduzcan o detengan mis beneficios de asistencia financiera, yo tengo el derecho a que se me revise el caso para determinar si tengo una buena razón para no cumplir con los requisitos. Yo tengo el derecho a recibir una notificación de acción a tomar antes de que se me reduzcan o detengan mis beneficios. Yo tengo el derecho a apelar y pedir una audiencia imparcial (fair hearing) si no estoy de acuerdo con una decisión de DWS.

____ Estoy de acuerdo en que DWS se comunique conmigo mediante mensajes de texto. Yo entiendo que estos mensajes podrían contener información confidencial acerca de mi caso y también que yo soy responsable por cualquier cobro o tarifas relacionadas al envío de estos mensajes de texto.

Firma del Padre

Fecha

Firma del Asesor de Empleos

Fecha