

INSTRUCCIONES

Para obtener la Ayuda Financiera de Workforce Solutions, necesita preparar un plan de empleo con la ayuda de un profesional especializado de una de nuestras [Oficinas Vocacionales de Workforce Solutions](#). Los solicitantes de ayuda financiera para cuidado infantil no necesitan un plan de empleo y pueden presentar una Solicitud de Ayuda Financiera de acuerdo con las indicaciones proporcionadas más abajo.

Los profesionales de las Oficinas Ocupacionales de Workforce Solutions estarán a su disposición para responder sus preguntas en relación con la Solicitud de Ayuda Financiera y proporcionarle información acerca de la documentación que necesita para respaldar su solicitud.

Los profesionales de las Oficinas Ocupacionales de Workforce Solutions no pueden informarle si usted reúne los requisitos para recibir la Ayuda Financiera de Workforce Solutions.

Los clientes pueden solicitar la ayuda financiera introduciendo los datos en línea en una solicitud en versión "PDF rellenable", disponible en www.wrksolutions.com, o completando el formulario en papel proporcionado en la oficina. El formulario en versión PDF no permite guardar la información en su computadora. Los clientes deben:

1. Completar las Secciones 1, 2 y 3 y firmar cada sección
2. Leer y firmar el formulario de orientación para procedimientos de quejas
3. Completar las secciones de anexos si son aplicables
 - a. Anexo para veteranos: complete esta sección si usted es un veterano o un esposo(a) que califica a nivel federal
 - b. Anexo de ayuda financiera para cuidado de niños: complete esta sección si está solicitando asistencia financiera para cuidado de niños

Una vez que haya completado las partes pertinentes del paquete de Solicitud de Ayuda Financiera de acuerdo con las indicaciones de arriba, deberá imprimir la Solicitud de Ayuda Financiera y presentarla con la documentación que respalde su elegibilidad para ayuda financiera. La Oficina Ocupacional de Workforce puede ayudarle a transmitir su solicitud completada a nuestra Oficina de Soporte de Ayuda Financiera o usted mismo puede enviar su solicitud directamente a:

Financial Aid Support Office
P.O. Box 924586
Houston, Texas 77292
Fax – 713-266-2495
Email – supportcenter@wrksolutions.com

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE ESPERA RECIBIR DE NOSOTROS?
☐ ¿Ayuda para pagar la escuela o capacitación? ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? ☐ SI ☐ NO
☐ Ayuda para pagar los gastos de cuidado de niños - Complete la Sección VI: Anexo de Ayuda Financiera para Cuidado de Niños
☐ ¿Ayuda para pagar transportación, vestimenta, etc. para poder aceptar o conservar un empleo. ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? ☐ SI ☐ NO
☐ ¿Ayuda para capacitación en el empleo o para experiencia laboral? ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? ☐ SI ☐ NO
☐ Otro ¿Habló con un profesional de la Oficina Vocacional de Workforce? ☐ SI ☐ NO
¿Quién fue el Profesional de Workforce que discutió estos servicios con usted?

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN I – INFORMACIÓN ACERCA DEL SOLICITANTE

Nombre (Primer nombre, Inicial seg. nombre, Apellido):				Fecha de nacimiento		Edad	
Dirección de domicilio:				Ciudad, Estado y Código Postal			
Dirección postal:				Ciudad, Estado y Código Postal			
Teléfono		Celular		Tel. alternativo		Cel. alternativo	
Correo electrónico				Número del Seguro Social*:		Fecha de hoy:	
¿Es ciudadano/a de los EE.UU.? ☐ SÍ ☐ NO				Si contesta NO, ¿está autorizado/a a trabajar en los EE.UU.? ☐ SI ☐ NO			
Varones de 18 o más: ¿Inscrito en el Servicio Selectivo? ☐ SI ☐ NO				¿Ud. o su esposo(a) sirvieron en las Fuerzas Armadas? ☐ SI ☐ NO Si contesta SI, complete la sección V: Veteranos. Anexo 5.			
Raza - Marque todo lo que corresponda. ¿Es usted...? ☐ Blanco ☐ Negro o africano ☐ Asiático-americano ☐ Nativo de América del Norte o de Alaska ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico				Origen étnico: Hispano/Latino: ☐ SI ☐ NO		Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	
EMPLEO							
¿Está actualmente empleado/a? ☐ SI ☐ NO		¿Cuál es su ocupación más reciente?			Años de experiencia en esta ocupación		
Nombre del empleador:		Número de horas por semana:		Fecha de inicio:	Fecha de terminación:	Frecuencia de pago:	☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ 2 veces al mes ☐ Mensual
Si tiene un empleo, ¿ha recibido una notificación de suspensión? ☐ SI ☐ NO		¿Ha tenido que pasar la noche en el lugar de trabajo? ☐ SI ☐ NO					
Si está desempleado, ¿por qué terminó su último trabajo? ☐ Renuncia ☐ Reducción ☐ Despido ☐ Cierre de la compañía							
¿Está disponible para trabajar? ☐ SI ☐ NO		¿No ha podido encontrar trabajo en su ocupación o industria más reciente? ☐ SI ☐ NO					
¿Cree que necesita servicios de Workforce Solutions para ayudarlo a conseguir un mejor empleo o conservar el que ya tiene para mantenerse a usted mismo y mantener a su familia? ☐ SI ☐ NO					¿Qué tipo de trabajo espera encontrar?		
¿Cree que no tiene éxito en su búsqueda de empleo porque: (Marque todo lo que corresponda) ☐ no habla muy bien inglés; ☐ no tiene un diploma de preparatoria (High School), GED; ☐ no puede leer bien o aplicar correctamente las matemáticas; ☐ otro: Explique: ☐ necesita mejorar sus técnicas para entrevistas; ☐ le faltan habilidades laborales para ganar un salario que le permita ser autosuficiente; ☐ no tiene las habilidades para una búsqueda de empleo exitosa; ☐ no sabe manejar una computadora;							
En caso de más de un empleador, agregue el empleador en la Sección IV.							
EDUCACIÓN							
¿Está actualmente asistiendo a la escuela o a un curso de capacitación? ☐ SI ☐ NO				Si su respuesta es NO, fecha en que asistió por última vez a la escuela:			
En caso de asistir a la escuela, nombre de la escuela:		¿En qué grado se encuentra actualmente?		¿Ha tenido 10 o más días de ausencia escolar? ☐ SI ☐ NO			
En caso de asistir a una institución de educación post-secundaria o a un curso de capacitación, nombre de la institución:		Nro. de horas de clase por semana:		Nro. de horas crédito por semestre:		Job Corps: ☐ SI ☐ NO	

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



¿Ha solicitado la ayuda federal para estudiantes FAFSA? ☐ SI ☐ NO Si contesta SÍ, ¿cuándo la solicitó?	¿Recibe becas, subsidios o préstamos como ayuda para ir a la escuela? ☐ SI ☐ NO	Si contesta SI, ingrese el monto, si sabe: \$
¿Cuál fue el último grado que completó ? ☐ <9 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 completado – Sin diploma ☐ Diploma de preparatoria (High School) ☐ GED ☐ Certificado de habilidades ☐ Certificado de IEP ☐ 1 año de universidad completado ☐ Grado de asociado ☐ Diploma universitario ☐ Maestrías ☐ Doctorado		

*Opcional

INFORMACIÓN ADICIONAL		
¿Se encuentra actualmente en un hogar temporal? ☐ SI ☐ NO	¿Ha estado alguna vez en un hogar temporal? ☐ SI ☐ NO	¿Llegó a la edad máxima o a los 16+años se fue por motivos de tutela o adopción? ☐ SI ☐ NO
¿Lo han condenado por un delito menor? ☐ SI ☐ NO	¿Lo han condenado por un delito grave? ☐ SI ☐ NO	
¿Tiene antecedentes de arresto? ☐ SI ☐ NO	¿En qué fecha fue puesto en libertad?	
¿Es un adolescente que está esperando un bebé o está criando a un hijo? ☐ SI ☐ NO	¿Se considera en situación de haberse escapado de su hogar? ☐ SI ☐ NO	
¿Es usted Trabajador Migrante Temporal? ☐ SI ☐ NO	¿Trabaja para una compañía procesadora de alimentos? ☐ SI ☐ NO	
¿Tiene bienes familiares que excedan los \$1,000,000.00? ☐ SI ☐ NO	¿Está usted discapacitado? ☐ SI ☐ NO	
¿Alguna de estas situaciones es aplicable a su familia? Reside con padre/madre o tutor: ☐ SI ☐ NO Reside con amigos/familiares que no son ni padre/madre ni tutor: ☐ SI ☐ NO		Su residencia nocturna actual es: ¿Motel, automóvil o campamento? ☐ SI ☐ NO ¿Albergue o vivienda transitoria? ☐ SI ☐ NO
¿Alguna de estas agencias determinó que su familia está en situación de falta de vivienda? ☐ SI ☐ NO ☐ Albergue para personas sin hogar ☐ Distrito escolar ☐ Programa de viviendas transitorias ☐ Otra agencia de servicio social, Identifique Albergue/Escuela/Agencia de Servicio Social:		

MARQUE LOS BENEFICIOS QUE USTED (O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA) ESTÁ RECIBIENDO O RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:				
Ahora	Últ. 6 meses	Fecha de inicio	Tipo de beneficio	Cubierto por el beneficio
☐	☐		Asistencia temporal para Familias Necesitadas (TANF)	☐ Usted ☐ Miembro de la familia
☐	☐		Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) Fecha Cert	☐ Usted ☐ Miembro de la familia
☐	☐		Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) Adultos sanos sin dependientes (ABAWD)	☐ Usted
☐	☐		Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ Últ. día. pdo.	☐ Usted ☐ Miembro de la familia
☐	☐		Seguro Social para Personas Discapacitadas (SSDI)	☐ Usted ☐ Miembro de la familia
☐	☐		Seguro de desempleo	☐ Usted
☐	☐		Asistencia de la Ley de Comercio (TAA)	☐ Usted
☐			Almuerzo escolar gratuito o a precio reducido	☐ Usted ☐ Miembro de la familia ¿quién?
☐	☐		Asistencia para Refugiados	
☐	☐		Otra asistencia pública estatal/local basada en ingresos \$ Fuente	☐ Usted ☐ Miembro de la familia
☐	☐		Beneficiario del Programa "Ticket to Work" o "Boleto para Trabajar"	

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN II – INFORMACIÓN ACERCA DE LA FAMILIA

Complete la sección a continuación acerca de cada una de las personas que viven en su hogar. Comience con su propia información y luego enumere las personas que viven con usted y la relación que tienen con usted. Incluya la fecha de nacimiento y el ingreso bruto mensual aproximado de cada persona.

Nombre	Relación	¿Dependiente del solicitante?	Fecha de nacimiento	¿Algún ingreso en los últimos seis meses?	Ingreso bruto mensual	Marque si esta persona tiene una discapacidad *Opcional	Marque si esta persona necesita servicio de cuidado de niños
	Yo mismo	☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐
		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ NO	\$	☐	☐

En caso de más de diez personas viviendo en su hogar, agréguelas aquí:

Recibí, leí y firmé una copia del documento de orientación para los procedimientos de quejas. (Ver página 8) SI ☐ NO ☐

AVISOS LEGALES Y FIRMAS

— LEA TODOS LOS AVISOS LEGALES Y MARQUE TODAS LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN —

FIRME E INGRESE LA FECHA

(si el solicitante es menor de edad, deberá firmar el padre/tutor)

- ☐ Entiendo que proporcionar información falsa o no revelar información para aparentar reunir los requisitos necesarios para recibir ayuda financiera se considera fraude. Una persona que obtenga o intente obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales no tenga derecho, podría ser privada en el futuro de recibir ayuda financiera de Workforce Solutions, deberá devolver la ayuda financiera recibida y podrá ser juzgada de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.
- ☐ Autorizo a Workforce Solutions a ponerse en contacto con terceras partes para verificar la información relativa a mi solicitud de ayuda financiera.
- ☐ Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas según mi mejor conocimiento y entendimiento.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre/Tutor si el solicitante es menor de edad

Fecha

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN III – INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS INGRESOS FAMILIARES

Seguramente le pidamos demostrar sus ingresos familiares antes de adjudicarle la ayuda financiera de Workforce Solutions. Complete esta planilla indicando a los miembros de su familia y marcando las fuentes de ingresos que correspondan para cada miembro dentro de las últimas 26 semanas. Si está solicitando únicamente apoyo financiero para cuidado de niños, marque las fuentes de ingresos que correspondan a las últimas 13 semanas.

Miembro de la familia con ingresos	Sueldo/ Salario	Empleo por cuenta propia	Pagos del seguro de desempleo	Manutención de hijos	Intereses Dividendos	Jubilación	Ingresos por lotería de más de \$600	Herencia	Ayuda pública (TANF, SSI, SNAP, etc.)	Ganancias/ pérdidas de capital o Ingresos por renta	Seguro Social (tercera edad, sobrevivientes, discapacidad)	Indemnización por lesiones o enfermedades resultantes del empleo
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Documentación aceptable: (Incluir documento pertinente que respalde la fuente de ingresos de cada miembro de la familia)

- Talones de pago
- Formulario de verificación de empleo/ingresos (empleo nuevo o pagado en efectivo solamente)
- Documentación/declaración de indemnización por lesiones o enfermedades resultantes del empleo
- Declaración del Seguro Social
- Formulario de verificación de empleo por cuenta propia
- Registros financieros de la familia/de negocios
- Carta de adjudicación (award letter) de Asuntos de Veteranos
- Estado de cuenta bancario: no sustituye los talones de pago o la verificación de ingresos
- Formulario del IRS 1099-DIV, -INT, para dividendos o intereses
- Formulario del IRS 1040 Anexo D para ganancias de capital
- Declaración de jubilación/pensión
- Impuesto estimado quincenalmente para personas empleadas por cuenta propia (Anexo C)
- Declaración de seguridad de ingreso suplementario (debe incluir el tipo de beneficio)

La información presentada aquí es verdadera y está completa según mi mejor conocimiento y entendimiento.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

www.wrksolutions.com 1.888.469.JOBS (5627)

Workforce Solutions es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Hay a disposición, a solicitud, recursos y servicios complementarios para personas con discapacidades. Retransmisión de Texas: 1.800.735.2989 (TDD) 1.800.735.2988 (voz) o 711

Un socio orgulloso de la red [americanjobcenter](http://americanjobcenter.org)

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



SECCIÓN IV – HISTORIAL DE EMPLEO DE LA FAMILIA

Proporcione el historial de empleo de su familia para los seis meses anteriores a la fecha de esta solicitud. Por favor, incluya todos los empleadores que haya tenido durante este tiempo. Comience con su empleador más reciente. Se puede utilizar una hoja adicional si fuera necesario.

Nombre del miembro de la familia:	Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? ☐ SI ☐ NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual	¿Actualmente está empleado por esta compañía? ☐ SI ☐ NO Último día de empleo:

Nombre del miembro de la familia:	Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? ☐ SI ☐ NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual	¿Actualmente está empleado por esta compañía? ☐ SI ☐ NO Último día de empleo:

Nombre del miembro de la familia:	Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? ☐ SI ☐ NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual	¿Actualmente está empleado por esta compañía? ☐ SI ☐ NO Último día de empleo:

Nombre del miembro de la familia:	Nombre del empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	¿Le otorga u otorgaba bonos este empleador? ☐ SI ☐ NO ¿Frecuencia?:
Fecha de inicio:	Tarifa de pago: /por ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Horas por semana:	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual	¿Actualmente está empleado por esta compañía? ☐ SI ☐ NO Último día de empleo:

Certifico que esta información es verdadera y completa según mi mejor conocimiento y entendimiento

Firma del solicitante

Fecha

SECCIÓN V – ANEXO PARA VETERANOS

Veteranos y cónyuges que califican

Los veteranos elegibles y sus cónyuges que califican tienen prioridad por sus servicios cuando Workforce Solutions cuenta con recursos limitados. Por favor, marque la casilla siguiente si la misma lo/la describe.

- ☐ Veterano que califica a nivel federal/estatal – He prestado servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea y me han dado de baja o he sido relevado de tales servicios en condiciones que no fueron deshonrosas como se especifica en 38 U.S.C. 101(2). Los servicios activos incluyen tareas a tiempo completo en la Guardia Nacional o la Reserva, que no sean tareas a tiempo completo para propósitos de capacitación.

Rama:	Componente (Activo, Reserva o Guardia):	Fecha de ingreso:
Fecha de la baja:	Tipo de baja:	
Especialidad militar (texto claro):		
Si está empleado, ¿ha podido encontrar empleo relacionado con su especialidad militar? ☐ SI ☐ NO		
¿Planea regresar al servicio militar activo? ☐ SI ☐ NO		

☐ Cónyuge que califica a nivel federal

- ☐ Soy cónyuge de un veterano que falleció debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- ☐ Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo que, al momento de la solicitud de prioridad, está incluido en una o más de las siguientes categorías y ha estado incluido en ella(s) durante un total de más de 90 días:
- Desaparecido en combate,
 - Capturado en cumplimiento del deber por una fuerza hostil, o bien
 - Detenido o internado por la fuerza en cumplimiento del deber por un gobierno o poder extranjero.
- ☐ Soy cónyuge de un veterano que tiene una discapacidad total como consecuencia de una discapacidad relacionada con el servicio, según evaluación del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veteran Affairs).
- ☐ Soy cónyuge de un veterano que falleció mientras existía una discapacidad total como consecuencia de una discapacidad relacionada con el servicio, según evaluación del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veteran Affairs).

☐ Cónyuge que califica a nivel estatal

- ☐ Soy un cónyuge que reúne los requisitos para satisfacer la definición de cónyuge que califica a nivel federal.
- ☐ Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas que falleció mientras prestaba servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea.

Yo (escriba su nombre en letra de molde) _____ doy fe de que reúno los requisitos para satisfacer la definición que se indica arriba y los criterios de elegibilidad relacionados con la misma. Certifico que la información que manifiesto arriba es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento, y entiendo que, si he realizado una declaración falsa, esto puede ser motivo para la finalización inmediata de los servicios y/o para la aplicación de sanciones según especifica la ley. Entiendo que debo informar cualquier cambio en mi condición de veterano a Workforce Solutions dentro de los 10 días calendario. También entiendo que, si la definición marcada arriba se basa en un expediente militar que yo sé que es fraudulento, ficticio o ha sido revocado, también puedo recibir sanciones tal como se estipula en las Leyes 2011 de la Asamblea Legislativa Nro. 82, Capítulo 386 (SB 431), codificadas en el Artículo 32.54 del Código Penal de Texas.

Firma del solicitante

Fecha

CONSEJO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE LA COSTA DEL GOLFO —
GULF COAST WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD
FORMULARIO DE ORIENTACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN (Título 29 Parte 38 - CFR)

Este Formulario de Orientación para los Procedimientos de Quejas por Discriminación explica los procedimientos de quejas por discriminación para los programas y servicios que se detallan a continuación, administrados en el área de desarrollo de la fuerza laboral local por el Consejo de Desarrollo de la Fuerza Laboral (Workforce Development Board) y sus Contratistas:

Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act o WIOA)
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families o TANF) / CHOICES
Empleo y Capacitación del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program Employment & Training o SNAP E&T)
Servicios de Guardería (Child Care o CC)
Asistencia por Ajuste del Comercio (Trade Adjustment Assistance o TAA) y Asignaciones por Reajuste del Comercio (Trade Readjustment Allowances o TRA)

EL ADJUDICATARIO DE AYUDA FINANCIERA FEDERAL ES:

Gulf Coast Workforce Board
3555 Timmons Lane
Houston, TX 77227

Funcionario de Igualdad de Oportunidades: Sabrina Parras
Número de teléfono: (713) 627-3200
Retransmisión de Texas: 1-800-735-2989/ TTY 1-800-735-2988 (Voz)

El Consejo de Desarrollo de la Fuerza Laboral de la Costa del Golfo (Gulf Coast Workforce Board) —el Consejo— resolverá quejas de igualdad de oportunidades de manera justa y rápida. Se prohíben los actos de restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalia hacia los denunciantes que estén ejerciendo su derecho de presentar una queja conforme a este procedimiento. Este procedimiento se aplica a todos los solicitantes y participantes que tengan motivo para presentar una queja por discriminación relacionada con las actividades o los programas administrados por el Consejo. Si tiene una queja de igualdad de oportunidades en relación con cualquiera de estos programas, puede presentar su queja por escrito ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo o del Contratista, según corresponda.

Una vez recibida su queja de igualdad de oportunidades, el funcionario de igualdad de oportunidades (EO) le notificará acerca del paso siguiente del procedimiento de queja. Si desea dar curso a la queja, el Consejo o el Contratista seguirán los pasos descritos a continuación. Le sugerimos que estudie detenidamente el Procedimiento de Quejas por Discriminación y, si siente que no se están siguiendo los pasos requeridos, póngase en contacto con el funcionario de igualdad de oportunidades. Recuerde que si cree que no le están proporcionando la ayuda suficiente en cualquier etapa del procedimiento de queja, debe ponerse en contacto con:

Texas Workforce Commission (TWC)
Equal Opportunity Monitoring /
Monitoreo de igualdad de oportunidades
101 E. 15th St., Room 242-T
Austin, TX 78778-0001

Números de teléfono:
(512) 463-2400
Retransmisión de Texas: 1-800-735-2989
TTY 1-800-735-2988 (Voz)

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

El adjudicatario de asistencia financiera del Gobierno Federal tiene prohibido por ley discriminar por las siguientes razones: a cualquier persona en los Estados Unidos por motivos de raza, color, religión, sexo (lo que incluye embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas, estereotipos sexuales, condición transgénero e identidad de género), nacionalidad (lo que incluye dominio limitado del idioma inglés), edad, discapacidad, afiliación o inclinación política; o a cualquier beneficiario, solicitante o participante de programas que cuenten con apoyo financiero en virtud del Título I de la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act o WIOA), por motivo de ciudadanía; o por motivo de su participación en cualquier programa o actividad que cuente con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA. El adjudicatario de tal asistencia no debe discriminar en ninguno de los siguientes casos: al decidir quiénes serán admitidos o tendrán acceso a cualquier programa o actividad que cuente con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA; al proporcionar oportunidades en tal programa o actividad o al tratar a cualquier persona en relación con tal programa o actividad; o al tomar decisiones de empleo en la administración de tal programa o actividad o en relación con tal programa o actividad. Los adjudicatarios de asistencia financiera federal deben tomar las medidas razonables para garantizar que las comunicaciones con personas con discapacidades sean tan eficaces como las comunicaciones con otras personas. Esto significa que, si se lo solicita y sin costo para la persona, los adjudicatarios deben proporcionar recursos y servicios complementarios apropiados para personas con discapacidades que califiquen.

Qué hacer si cree que ha sido discriminado/a. Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante: el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (EO) del adjudicatario de asistencia federal (o la persona que el adjudicatario designe para este fin), o bien, ante el Director del Centro de Derechos Civiles (Civil Rights Center o CRC) del Dpto. de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, D.C. 20210. Si presenta su queja ante el adjudicatario de asistencia federal, tendrá que esperar a que éste envíe por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o a que transcurran 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Centro de Derechos Civiles (ver dirección arriba). Si el adjudicatario de asistencia federal no le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva dentro de los 90 días de la fecha de presentación de su queja, usted no está obligado a esperar a que el adjudicatario de asistencia le expida dicha Notificación para presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. No obstante, deberá presentar su queja ante el Centro de Derechos Civiles dentro de los 30 días del vencimiento del plazo de 90 días (es decir, dentro de los 120 días de la fecha en que presentó su queja ante el adjudicatario de la asistencia). Si el adjudicatario de la asistencia le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva en relación a su queja pero usted está insatisfecho con la decisión o resolución, puede presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. Deberá elevar esta queja dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha de recepción de la Notificación de Acción Definitiva.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

- LEY DE INNOVACIÓN Y OPORTUNIDADES PARA LA FUERZA LABORAL (WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT O WIOA) / ASISTENCIA POR AJUSTE DEL COMERCIO (TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE O TAA) Y ASIGNACIONES POR REAJUSTE DEL COMERCIO (TRADE READJUSTMENT ALLOWANCES O TRA):**
Si cree haber sufrido discriminación con respecto a igualdad de oportunidades en un programa o actividad con apoyo financiero en virtud del Título I de la ley WIOA o TAA/TRA, puede presentar una queja por discriminación dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante el Oficial de Igualdad de Oportunidades (Opportunity Officer o EO) del Consejo/Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante el Director del Centro de Derechos Civiles (Civil Rights Center o CRC) del Dpto. de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Dept. of Labor), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, DC 20210. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le expida por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Centro de Derechos Civiles. Si no se le envía por escrito una Notificación de Acción Definitiva dentro de los 90 días de la fecha en que usted presentó su queja, tiene 30 días después del vencimiento del plazo de los 90 días para presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles (es decir, deberá elevar la queja dentro de los 120 días de la fecha en que presentó inicialmente su queja). Si recibe una Notificación de Acción Definitiva por escrito en relación con su queja pero está insatisfecho con la decisión, puede presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles. No obstante, deberá elevar esta queja al Centro de Derechos Civiles dentro de los 30 días de haber recibido la Notificación de Acción Definitiva.
- ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES O TANF) / PROGRAMA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN “CHOICES” y/o SERVICIOS DE GUARDERÍA (CHILD CARE SERVICES O CC):**
Si cree haber sufrido discriminación en cuanto a igualdad de oportunidades en un programa o actividad TANF/Choices y/o CC con apoyo financiero federal, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo/Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services o HHS), 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202, (800) 368-1019. Si desea presentar una queja contra los servicios del programa de guardería bajo asistencia financiera federal del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture o USDA), puede contactarse con la Oficina de Adjudicaciones (Office of Adjudication) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture o USDA), 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le envíe por escrito una Notificación de Acción Definitiva, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Dept. of Health and Human Services).
- EMPLEO Y CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM EMPLOYMENT & TRAINING O SNAP E&T):**
Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad SNAP E&T con apoyo financiero, puede presentar una queja dentro de los 180 días subsiguientes a la fecha de la supuesta infracción, ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity o EO) del Consejo /Contratista (o la persona que se designe para este fin), o bien, ante el Director de la Oficina de Adjudicaciones (Office of Adjudication) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture), 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, (202) 260-1026. Si presenta su queja ante el Consejo o el Contratista, tendrá que esperar a que éste le expida por escrito un Aviso de Acción Definitiva, o hasta que transcurran 90 días (lo que ocurra primero) antes de poder elevar su queja al Departamento de Agricultura de los EE. UU.

Por favor no firme este aviso hasta que lo haya leído y entendido por completo.

Al firmar debajo, acepto esta orientación para el procedimiento de quejas por discriminación y la declaración sobre La Igualdad de Oportunidades es la Ley. Afirmo que he leído el Formulario de Orientación para los Procedimientos de Quejas por Discriminación y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas en cuanto a su contenido. Entiendo que el formulario de solicitud One-Stop no es una solicitud de empleo; sino que se utiliza para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de programas y para cumplir con requisitos federales de información. Entiendo también que no proporcionar la información solicitada puede impedir que yo reciba los servicios.

Firma del solicitante

Nombre en letra de imprenta

Fecha

SECCIÓN VI – ANEXO DE AYUDA FINANCIERA PARA CUIDADO DE NIÑOS

Si usted solicita ayuda financiera para cuidado de niños:

1. Lea este documento detenidamente.
2. Coloque sus iniciales para indicar que entiende y está de acuerdo con cada responsabilidad (páginas 2 y 3) que le corresponderá si obtiene la ayuda financiera.
3. Firme y coloque la fecha en el reconocimiento para padres en la página 4.
4. Entregue este formulario junto con su solicitud de ayuda financiera.

ACUERDO PARA PADRES

Sus Derechos

1. Usted tiene derecho a esperar recibir un buen servicio de Workforce Solutions.
2. Su solicitud de ayuda financiera se procesará sin tener en cuenta lo siguiente: raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión.
3. Le garantizamos que trataremos cualquier información personal que usted proporcione a Workforce Solutions como información confidencial.
4. Si otorgamos la ayuda financiera, usted puede elegir el cuidado de niños que mejor satisfaga sus necesidades, incluido el cuidado proporcionado por un familiar del niño/a.
5. Si otorgamos la ayuda financiera, usted tiene derecho a informar un cambio en el trabajo o la educación/capacitación que pueda tener como resultado un aumento en el nivel de ayuda financiera que usted reciba.
6. Si otorgamos la ayuda financiera y se requiere que usted pague una tarifa mensual a su proveedor de cuidado de niños, usted tiene derecho a informar un cambio en la composición familiar o en los ingresos de la familia que pueda disminuir su tarifa mensual.

Su Elección de un Proveedor

He elegido el siguiente proveedor de servicios de cuidado de niños para mi(s) hijo(s). Me he puesto en contacto con las instalaciones y me he asegurado de que hay lugar disponible para mi(s) hijo(s).

Nombre del proveedor:
Dirección:
Teléfono:
Hijo(s) que asistirá(n):
Días en que se necesita el servicio de cuidado:

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



Sus Responsabilidades

Workforce Solutions desea que usted entienda sus responsabilidades si determinamos que es elegible para recibir ayuda financiera para gastos de cuidado de niños.

Por favor, lea las declaraciones sobre responsabilidad a continuación, coloque sus iniciales junto a cada responsabilidad para manifestar que usted entiende su responsabilidad y cumplirá con la misma, y firme en el espacio que se proporciona al final de este documento.

Si tiene preguntas acerca de cualquiera de estas responsabilidades, por favor póngase en contacto con Workforce Solutions llamando al teléfono 1-888-469-5627, luego seleccione la opción 3 y a continuación la opción 2 – o bien llame al teléfono 713-334-5980.

1. Familia/Ingresos

Entiendo que, si califico para la ayuda financiera para cuidado de niños debido a los ingresos y al tamaño de mi familia, debo informar acerca de ciertos cambios en los ingresos y/o el tamaño de mi familia a Workforce Solutions dentro de los 14 días.

Si mi familia experimenta un cambio en los ingresos o en el tamaño que podría generar que los ingresos de mi familia estuvieran por encima de los límites que se detallan en la página web de Workforce Solutions (<http://www.wrksolutions.com/for-individuals/financial-aid/financial-aid-for-child-care> - Maximum Family Income to Continue Financial Aid for Child Care – Ingresos máximos de la familia para continuar con la ayuda financiera para cuidado de niños), **debo informar tal cambio a Workforce Solutions dentro de los 14 días.**

No proporcionar esta información dentro de los 14 días puede tener como resultado costos no autorizados que tendré que reembolsar.

Importante: Podemos ayudarle. Si usted no está seguro si el cambio que experimentó en los ingresos o en el tamaño de su familia podría tener como resultado que su familia supere los límites del cuadro al que se hace referencia arriba, póngase en contacto con Workforce Solutions y nuestro personal le ayudará a determinar si su cambio en los ingresos o en el tamaño de su familia hace que su familia supere ese límite.

Iniciales del padre/de la madre _____

2. Trabajo/capacitación o educación

Entiendo que solicito ayuda financiera para el cuidado de niños para poder trabajar, estudiar o asistir a clases de capacitación laboral. Si ya no trabajo, no estudio o no asisto a clases de capacitación laboral, **informaré a Workforce Solutions dentro de los 14 días a partir del momento del cambio.**

No proporcionar esta información dentro de los 14 días puede tener como resultado costos no autorizados que tendré que reembolsar.

Iniciales del padre/de la madre _____

3. Información de contacto

Entiendo que debo informar acerca de cualquier cambio respecto del lugar de residencia, el número de teléfono principal o la dirección de correo electrónico de mi familia. **Informaré a Workforce Solutions dentro de los 14 días a partir del momento del cambio.**

Iniciales del padre/de la madre _____

4. Validación de la elegibilidad

Entiendo que la información que proporcione para determinar mi elegibilidad está sujeta a validación a través de verificaciones entre bases de datos estatales y federales y que se me puede pedir que participe en entrevistas en persona y proporcione documentos originales para verificar mi identidad y elegibilidad para recibir la ayuda financiera para el cuidado de niños.

Iniciales del padre/de la madre _____

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



5. Tarifa para padres

Si se determina que soy elegible para recibir la ayuda financiera y si obtengo la misma, acuerdo pagar mensualmente mi tarifa para padres al proveedor de cuidado de niños de mi preferencia. Workforce Solutions establece una tarifa a escala variable basada en el tamaño y los ingresos brutos de mi familia y la cantidad de niños que reciben cuidado. Entiendo que mi tarifa para padres puede disminuir dependiendo de cambios en el tamaño de la familia, cambios en los ingresos o en la cantidad de niños que reciban cuidado. Puedo informar a Workforce Solutions si experimento cambios en el tamaño y en los ingresos de mi familia o en la cantidad de niños que reciben cuidado, y Workforce Solutions ajustará mi tarifa mensual para padres basándose en los cambios que yo informe. Mi tarifa mensual no superará la cantidad que se indica en este Acuerdo para Padres a menos que aumente la cantidad de niños que reciban cuidado.

Iniciales del padre/de la madre _____

6. Elección de proveedores

Entiendo que si elijo:

- un familiar para cuidar a mi hijo(a):** la decisión de elegir al familiar de mi hijo(a) es solamente mía y soy plenamente responsable de ella. Entiendo que el familiar de mi hijo(a) no está sujeto a los requisitos de salud y seguridad que se requieren en el caso de un proveedor de cuidado de niños regulado. Soy responsable de estipular los requisitos para el cuidado que proporcione el familiar de mi hijo(a). Entiendo que ni el Consejo del Área de Houston-Galveston, a través de Workforce Solutions, ni ninguno de sus empleados, afiliados o contratistas, es responsable de las acciones u omisiones del familiar de mi hijo(a) que proporcione cuidado de niños o de la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- un proveedor regulado para cuidar a mi hijo(a):** la decisión de elegir un proveedor en particular es solamente mía y soy plenamente responsable de ella. Entiendo que ni el Consejo del Área de Houston-Galveston, a través del sistema de fuerza laboral de Workforce Solutions, ni ninguno de sus empleados, afiliados o contratistas, es responsable de las acciones u omisiones del proveedor regulado o de la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- un proveedor regulado que ha obtenido la certificación Texas Rising Star (TRS):** entiendo que la designación TRS indica que un proveedor cuenta con estándares de calidad que superan los estándares mínimos del estado y que debería considerarlo cuando elija un proveedor para cuidar a mi hijo(a).

Iniciales del padre/de la madre _____

7. Registro de la asistencia

Si se determina que soy elegible para recibir la ayuda financiera y obtengo la misma, entiendo que:

- Debo usar la tarjeta de asistencia para informar la asistencia y las ausencias de mi hijo(a);
- Puedo designar a un máximo de tres personas como portadores alternativos de la tarjeta de asistencia para informar la asistencia/las ausencias en mi nombre, y el portador secundario de la tarjeta debe tener por lo menos 16 años, a menos que la persona sea uno de los padres del niño(a);
- Yo (o los portadores alternativos de la tarjeta) debo (deben) revisar el recibo generado por la máquina de tarjetas de asistencia para confirmar que la asistencia de mi hijo(a) esté aprobada para ese día.
- Debo informar a Workforce Solutions cuando se niegue o rechace mi intento de registrar la asistencia y ello no se pueda corregir en las instalaciones del proveedor de cuidado de niños.

Iniciales del padre/de la madre _____

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA/SERVICIOS



8. Requisitos del acuerdo de seguridad para la tarjeta de asistencia

- No permitiré que cualquier otra persona, un proveedor de cuidado de niños, o su propietario, director, subdirector o empleado, posea, acepte o use mi tarjeta o mi PIN (o la tarjeta o el PIN del portador alternativo de la tarjeta), para realizar la función de informar la asistencia/ausencia en mi nombre.
- No designaré al personal, propietario, director o subdirector del proveedor de cuidado de niños como un portador alternativo de la tarjeta.
- Soy responsable de cualquier uso inapropiado de la tarjeta de asistencia de parte de los portadores alternativos de la tarjeta.
- Soy responsable de informar a los portadores alternativos de la tarjeta acerca de estos requisitos y su responsabilidad respecto del uso de la tarjeta de asistencia.
- Informaré a Workforce Solutions acerca de cualquier uso indebido de mis tarjetas de asistencia y/o PIN.

Workforce Solutions tomará las medidas apropiadas contra cualquier persona que no cumpla con los requisitos de seguridad anteriores en relación con la tarjeta de asistencia, incluyendo negar referencias a un proveedor que es portador de una tarjeta, trasladar a los niños a otro proveedor seleccionado por los padres, retener pagos a un proveedor o un reembolso de gastos efectuados, recuperación de fondos, y además puede incluir la presentación de cargos penales ante las autoridades que corresponda.

Iniciales del padre/de la madre _____

Reconocimiento para Padres

- Entiendo que una persona que obtenga o intente obtener, por cualquier medio fraudulento, servicios a los cuales no tenga derecho, puede ser juzgada de conformidad con las leyes estatales y federales en vigor.
- También reconozco que puedo encontrar el Manual para Padres en el sitio web de [Workforce Solutions](https://www.workforcesolutions.com) y que Workforce Solutions responderá todas mis preguntas.
- Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, garantizaré que mi hijo(a) asista al servicio de cuidado de niños en forma regular. Los estándares de asistencia mensuales incluyen:
 - No más de 4 ausencias consecutivas en un mes.
 - No más de 9 ausencias en total en un mes.
- Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, entiendo que si mi hijo(a) supera las sesenta y cinco (65) ausencias en total durante mi período de elegibilidad, mi hijo(a) no será elegible para los servicios de cuidado de niños durante 12 meses a partir del final de mi período de elegibilidad. Las ausencias por motivo de una enfermedad crónica, una discapacidad o visitas ordenadas por un tribunal que estén documentadas no cuentan para el máximo de ausencias permitidas.
- Si recibo ayuda financiera de Workforce Solutions, reconozco que no cumplir con la norma sobre asistencia estipulada por mi proveedor puede tener como resultado que el proveedor finalice la inscripción de mi hijo(a).
- Doy permiso a Workforce Solutions para ponerse en contacto con terceras personas para verificar los ingresos y el tamaño de la familia, o bien utilizar información de la solicitud de ayuda financiera para la identificación y verificación de los ingresos.
- Reconozco la información comprendida en este Acuerdo para Padres, que incluye: mis derechos, elección de proveedores y responsabilidades. Tengo derecho a solicitar un cambio en mi elección de proveedor.

Firma del padre/de la madre

Nombre en letra de imprenta

Fecha