



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA



pennsylvania

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

www.dhs.pa.gov

SUS RESPONSABILIDADES SON:

- ✓ Trabajar con su asistente social para desarrollar un plan de cómo usted puede cuidar de sí mismo (y su familia) sin utilizar la ayuda de dinero en efectivo. Esto incluye presentar apoyo para un niño o cónyuge a menos que tenga una buena razón para no hacerlo.
- ✓ Trabajar con su asistente social para establecer nuevas metas si cambia su situación y comunicarle al asistente social cuándo finalizan las partes de su plan.
- ✓ Complete los pasos en su plan (sus objetivos) para la fecha que comentó con su asistente social.
- ✓ Asegúrese de que sus hijos asistan a la escuela.
- ✓ Coopere con el muestreo aleatorio de la asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) si se le pide. Esto incluye proporcionar las horas de empleo y de actividad laboral a su asistente social.
- ✓ Usar los fondos de TANF emitidos a través de su tarjeta de transferencia de beneficios electrónicos (EBT) o de PA ACCESS para transacciones permitidas. No puede utilizar fondos de TANF emitidos a través de su tarjeta de EBT o PA ACCESS para realizar operaciones de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en tiendas de licores; casinos (juegos de azar en casinos, establecimientos de juegos de azar); o lugares de entretenimiento para adultos donde los hay personas que se desnudan o van sin ropa.
- ✓ Uso de dinero de prestación especial que reciba para pagar los artículos o servicios que usted solicita. Dentro de los 14 días posteriores a la recepción del dinero se debe proporcionar una prueba de cómo se gastó el dinero.
 - Si no usa el dinero para los artículos o servicios para lo cual se emitió la prestación especial y no acredita (por ejemplo, mediante recibos) que utilizó el dinero para ello, tendrá que devolver el dinero.
- ✓ En general, debe trabajar o participar en una actividad laboral aprobada (a menos que estén exentos o haya establecido una buena causa) para como mínimo el número de horas requeridas para su hogar.
- ✓ Mantenerse sanos usted mismo y sus hijos es un paso importante hacia la independencia.
- ✓ Si usted está embarazada, es importante que usted acuda a todas las citas programadas por su médico o clínica.
- ✓ Completar, firmar y fechar un AMR que se le enviará por correo y devolverlo en el plazo de 30 días desde la fecha de la firma de la oficina de asistencia del Condado (CAO) en el AMR.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES SON:

- ✓ Explicarle que puede recibir asistencia de dinero en efectivo del programa TANF por un total de sólo 5 años (60 meses) en el transcurso de su vida. TANF proporciona ayuda temporal hasta que usted y su familia vuelvan a ser capaces de mantenerse a sí mismos. Usted puede calificar para recibir TANF extendido después que ha alcanzado el límite de 5 años de TANF, si tiene circunstancias especiales.
- ✓ Explicar que existen ayudas para pagar el cuidado infantil, de modo que usted pueda asistir a la escuela, trabajar o participar en otras actividades que le ayudarán a calificar para un empleo.
- ✓ Explicar que los subsidios o prestaciones especiales para servicios de apoyo tales como transporte, cuidado de niños y ropa, pueden estar disponibles para usted y ayudarle a obtener los documentos necesarios para calificar para tales servicios de apoyo.
- ✓ Explicar que todas las actividades, incluyendo aquellas en las que puede empezar por su cuenta, deben ser aprobadas por el Departamento.
- ✓ Explicarle que se debe verificar por lo menos 3 búsquedas de empleo a la semana mientras la solicitud está pendiente, o si no, usted no será elegible para recibir TANF.
- ✓ Ayudarle a encontrar otros grupos y/o personas que puedan ayudarle con sus planes para alcanzar sus metas.
- ✓ Explicar otras maneras de prestarle ayuda, como el programa de defensa de la discapacidad (DAP), crédito de ingresos obtenidos (EIC) y otras maneras en las que podemos ayudar a las víctimas de la violencia doméstica.
- ✓ Explicar las oportunidades disponibles de educación y entrenamiento.
- ✓ Explicarle que usted puede ofrecerse voluntariamente para actividades relacionadas con el trabajo o entrenamiento si usted no está obligado a trabajar.
- ✓ Darle información sobre el programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP) y la posibilidad de continuar recibiendo SNAP, Medicaid y asistencia de cuidado infantil cuando usted deja de recibir TANF debido a las ganancias de un trabajo.
- ✓ Explicarle que si usted recibe un pago de derivación y ahora está solicitando asistencia de dinero en efectivo durante el mismo período, está usted obligado a pagar de vuelta una parte o la totalidad del pago de derivación de ese período.
- ✓ Explicarle que usted puede obtener transporte para llegar a su médico o clínica.
- ✓ Explique que debe participar en el tratamiento de drogas o alcohol disponible si el abuso de sustancias si le impide encontrar o conservar un trabajo.
- ✓ Explicarle que si usted o un familiar tiene una discapacidad física o intelectual o un problema de salud mental que le impide trabajar, podemos remitirlo a una agencia que le puede ayudar. Todos los servicios serán confidenciales.
- ✓ Explicarle que debe completar, firmar y fechar un AMR que se le enviará por correo y devolver el AMR en un plazo de 30 días desde la fecha de la firma de la oficina de asistencia del Condado (CAO) en el AMR, o usted y su familia puede que no sean elegibles para asistencia de dinero en efectivo.

Iniciales del cliente

Fecha

Iniciales de la agencia

Fecha

PLAN DE APOYO A MÍ Y A MI FAMILIA

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD MUTUA

LÍNEA NÚMERO:	NOMBRE:		
CONDADO:	NO. DE CASO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA:

RESUMEN DEL CASO: Para el uso de la CAO. Su asistente social lo completará con usted.

Número de días de TANF: _____ Número de días con GA: _____

Nivel de educación más elevado completado: _____

Fecha de nacimiento del hijo menor: _____

Semanas completadas de experiencia laboral remunerada: _____

Horas de servicio comunitario permitidos por semana: _____

METAS: ¿Qué tipo de trabajo autosostenible o ingresos buscará usted? ¿Qué entrenamiento o educación quizás necesite?

Largo plazo:

Primeros pasos:

BARRERAS PARA EL LOGRO DE METAS: Vamos a completar la lista de comprobación de evaluación de preparación laboral.

ESTADO DE EMPLEO Y ENTRENAMIENTO: Vamos a ver si está sujeto a los requisitos de trabajo.

☐ Obligatorio ☐ Exento

ESTADO DE PARTICIPACIÓN: Veamos las barreras u obstáculos para ver cómo afectan su capacidad para participar en una actividad.

Se han revisado las buenas causas y las exenciones, y son:

☐ Aprobadas ☐ Denegadas ☐ No aplica

Razón:

AYUDA Y REMISIONES DE LA AGENCIA: Veamos cómo nosotros u otra agencia podemos ayudarle.

**PLAN DE APOYO A
MÍ Y A MI FAMILIA**

**ACUERDO DE
RESPONSABILIDAD MUTUA**

LÍNEA NÚMERO:	NOMBRE:		
CONDADO:	NO. DE CASO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA:

ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN:

Qué:

Dónde:

Cuándo:

Horas:

Usted debe participar _____ unas horas base por semana y _____ horas complementarias por semana.

Qué:

Dónde:

Cuándo:

Horas:

Usted debe participar _____ unas horas base por semana y _____ horas complementarias por semana.

SUS DERECHOS:

Antes de reducir o detener sus beneficios, tiene derecho a que se revise su caso para determinar si usted tenía una buena causa (una buena razón) por no cumplir los requisitos. Usted tiene el derecho a recibir una notificación de acción antes de que se reduzcan o detengan sus beneficios. Usted tiene el derecho a apelar y solicitar una audiencia imparcial si usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Sus beneficios continuarán si su apelación viene con un matasellos o se recibe en un plazo de diez días desde el envío de la notificación en la que se propone reducir o detener sus beneficios.

BUENA CAUSA:

Se considerará buena causa si la razón para no completar los pasos de su Plan de apoyo a mí mismo y mi familia está más allá de su control. Los ejemplos de buena causa son violencia doméstica, no tener un cuidado infantil apropiado, o la necesidad de cuidar a una persona con discapacidad o enferma.

Informar acerca de este plan a _____ para: _____
Nombre del trabajador Fecha Número de teléfono

Leo y entiendo este formulario, llamado el acuerdo de responsabilidad mutua (AMR), sé que debo firmar el AMR para recibir ayuda de dinero en efectivo. Sé que firmar el AMR significa que estoy diciendo que haré lo que diga el plan de AMR. Sé que si no hago lo que está en el plan, sin una buena razón, pueden producirse las "penas" de la página 4 de este AMR. Sé que si no firmo este AMR -a menos que tenga una buena razón - mi familia y yo tal vez no podamos obtener ayuda de dinero en efectivo (62 P.S. 405.3). Sé que las penas o sanciones por no firmar el AMR se enumeran en la página 4 de este formulario.

Firma del cliente

Fecha

Firma de la agencia

Fecha

Iniciales del cliente

Fecha

Iniciales de la agencia

Fecha

SANCIONES DEL ACUERDO

SI USTED SE NIEGA O VOLUNTARIAMENTE NO:	LA PENA SERÁ:
Elabora un plan con su asistente social y firma el acuerdo de responsabilidad mutua (AMR), a menos que usted tenga una buena razón para no hacerlo.	Usted no será elegible para asistencia de dinero en efectivo hasta que usted firme este AMR. Si usted u otro adulto ha recibido 60 meses de TANF, usted y su familia no serán elegibles para asistencia de dinero en efectivo.
Firma un AMR que se le enviará por correo y devolverlo en el plazo de 30 días desde la fecha de la firma de la oficina de asistencia del Condado (CAO) en el AMR.	Usted no será elegible para asistencia de dinero en efectivo si no se devuelve el AMR en un plazo de 30 días. Si usted u otro adulto ha recibido 60 meses de TANF, usted y su familia no serán elegibles para asistencia de dinero en efectivo.
Coopera con los requisitos para solicitar apoyo y/o verificar la paternidad, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo.	Su beneficio mensual de asistencia de dinero en efectivo se reducirá en un 25 por ciento.
Cumple con los requisitos laborales, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. Esto incluye, pero no se limita a: • participar en una obra o actividad laboral, incluyendo educación y entrenamiento; • buscar empleo activamente y proporcionar la documentación necesaria; y • aceptar y retener el empleo disponible.	Primera violación: usted será inelegible durante un mínimo de 30 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. Segunda violación: usted será inelegible durante un mínimo de 60 días o hasta que cese el incumplimiento, lo que dure más. Tercera violación: usted quedará permanentemente descalificado. Si el motivo de la sanción se produce dentro de los primeros 24 meses a partir de la recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica únicamente a la persona. Si el motivo de la sanción se produce después de 24 meses de recepción de la asistencia en efectivo, ya sea consecutiva o interrumpida, la sanción se aplica a toda la familia.
Mantener ganancias por medio de reducir voluntariamente y sin una buena razón sus horas de trabajo a menos de 20 horas a la semana.	Su concesión se reducirá en una cantidad igual a lo que habría ganado si usted no hubiese reducido sus horas voluntariamente.
Participar en el tratamiento de drogas o alcohol disponible, si el abuso de sustancias le impide encontrar o retener un empleo.	Usted no será elegible para su parte de la concesión de ayuda en efectivo hasta cooperar con un plan de tratamiento disponible.
Solicitar otras posibles fuentes de ingresos.	No es elegible hasta que acuerde cumplir con los requisitos. Si usted u otro adulto ha recibido 60 meses de TANF, usted y su familia no serán elegibles hasta el cumplimiento.
Acreditar en un plazo de 14 días cómo se gasta el dinero de la prestación especial.	Usted tal vez deba devolver el dinero si no usó el dinero de la prestación especial que recibió para pagar los artículos o servicios que usted solicitó.