

Fecha

Cargo, Nombre y Apellido:
Dirección
Ciudad, Estado, Código postal



Estimado/a Cargo, Apellido:

Workforce Solutions ya no brindará apoyo económico para el cuidado del/de los niño/s de su familia porque:

- El proveedor elegido por usted para el cuidado de su/s niño/s no continuará brindando tal cuidado. Usted dispone de 15 días para ponerse en contacto con Workforce Solutions si desea que Workforce Solutions le otorgue otros planes de ayuda económica con otro proveedor. En caso de que no se ponga en contacto con nosotros dentro de los 15 días, se interrumpirá el servicio de cuidado de los niños de su familia. Usted tiene 15 días a partir de la fecha de esta carta para apelar de esta decisión.
- Usted dejó de pagar su parte de los gastos de cuidado de niños a su proveedor de cuidado de niños. Tiene 15 días a partir de la fecha de esta carta para hacer otros planes de cuidado de niños y para apelar de esta decisión.
- Su/s niño/s estuvo/estuvieron ausente/s sin aviso por un número de días mayor al permitido. Por ello, se interrumpió el servicio de cuidados de niños. Usted tiene 15 días a partir de la fecha de esta carta para apelar de esta decisión.
- El proveedor de cuidado de niños que usted eligió no devolvió la documentación solicitada. Si el proveedor que usted eligió nos hace llegar toda la documentación requerida dentro de los 15 días de la fecha de esta carta comenzaremos a pagar el servicio de cuidado de su/s niño/s. Si usted desea elegir a otro proveedor de cuidado de niños, dispone de 15 días para llamar al número indicado más abajo e informarnos respecto de la persona que usted desea que proporcione el servicio de cuidado de su/s niño/s.

Si tuviese alguna pregunta que hacernos, póngase en contacto con nosotros en la oficina que figura en el membrete de esta carta o bien llámenos al **1-888-469-JOBS (5627)**, favor de escuchar y seleccionar la opción para encontrar ayuda económica, incluyendo cuidado.

Atentamente,

Nombre,
Cargo

Nombre:

Número de identificación:

Fecha:



Formulario de apelación de apoyo económico para el cuidado de niños

Usted tiene derecho a que se realice una revisión de la decisión tomada por Workforce Solutions de reducir o interrumpir el apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s. Debemos recibir su solicitud por escrito para revisar la decisión dentro de los quince (15) días a partir de la fecha de esta carta. La solicitud debe ser enviada por correo a la dirección que aparece a continuación o entregada personalmente a cualquiera de las oficinas de asesoramiento laboral de Workforce Solutions.

Workforce Solutions – Gulf Coast Workforce Board
Atn.: Child Care Financial Aid Appeals
Street Address
City, State Zip Code

Usted puede entregar su solicitud por escrito para que se revise la decisión de reducir o interrumpir el apoyo económico en las líneas incluidas a continuación. Puede incluir páginas adicionales si el espacio de abajo no es suficiente.

1) ¿Qué decisión quiere que sea revisada? _____

2) ¿Cuál es la solución que recomienda? _____

3) ¿Va a entregar los documentos de apoyo que considere relevantes? Sí No

Nosotros le enviaremos nuestra decisión dentro de los 30 días a partir de la fecha en que hayamos recibido su recomendación. Si no estamos de acuerdo con su recomendación, le remitiremos una apelación en representación suya a la Comisión Laboral de Texas (TWC). TWC se contactará con usted para fijar una audiencia ante el funcionario de la TWC encargado de presidir las audiencias.

Firma: _____ Número de teléfono: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____