

Fecha

Cargo, Nombre, Apellido
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal



Estimado/a Cargo, Apellido

El apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s finalizará en la fecha indicada a continuación a menos que usted le informe a Workforce Solutions que ha vuelto a trabajar o a estudiar

- El cuidado finalizará el ____ [ingrese la fecha- 15 días a partir de la fecha de la carta] si nosotros no recibimos el informe de su médico.
- Su médico le informa que puede regresar a su trabajo o a la escuela el _____ [ingrese la fecha]. Usted debe llamarnos para informarnos de que ha vuelto a trabajar o el cuidado de niños finalizará en la fecha mencionada.
- Workforce Solutions continuará otorgando apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s durante cuatro semanas mientras usted busca trabajo. El cuidado finalizará el _____ [ingrese la fecha cuatro semanas a partir de la fecha de cese laboral] a menos que usted nos llame para informarnos que ha vuelto a trabajar o a estudiar.
- El apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s ha sido suspendido hasta _____ [ingrese la fecha] a su solicitud. Usted debe notificar a la oficina de asesoramiento laboral de Workforce Solutions el _____ [ingrese la misma fecha] si usted desea que se restablezca el apoyo económico para el cuidado de su/s niño/s. No podemos garantizarle que su proveedor actual le guardará un lugar para su/s niño/s.

Usted tiene 15 días a partir de la fecha de esta carta para apelar de esta decisión. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros en la oficina que figura a continuación.

Atentamente,

Nombre,
Cargo
Número de teléfono con extensión, correo electrónico

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 los niños. 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
Attn.: 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: _____

Workforce Solutions puede continuar con el apoyo económico brindado hasta que TWC emita su decisión. Sin embargo, si TWC se pronunciase a favor de Workforce Solutions, usted deberá devolvernos el dinero que nosotros le hayamos entregado durante el proceso de apelación.

Si tilda este casillero, Workforce Solutions continuará brindando apoyo económico hasta que TWC dicte el laudo. Sin embargo, si TWC se pronunciase a favor de Workforce Solutions, usted deberá devolvernos el dinero que nosotros le hayamos entregado durante el proceso de apelación.