



Workforce Solutions **Acuerdo de Compensación de Horas**

Propósito: Usar este formulario para establecer y documentar los términos del acuerdo entre Workforce Solutions y el cliente para que el cliente compense las horas de participación.

Nombre: _____	Fecha de hoy: _____
Número de Seguro Social: _____	
Mes/Año de Colaboración: _____	Horas Semanales Asignadas: _____
Actividades Asignadas: _____	
Nro. de Horas a Compensar: _____	
Total de Horas Debidas: _____	Fecha Límite: _____
Total de Horas Debidas: _____	Fecha Límite: _____
Total de Horas Debidas: _____	Fecha Límite: _____

Acuerdo

Participación: Entiendo que debo participar en las actividades que Workforce Solutions me asignó. Entiendo que debo presentar un reporte de mis horas de colaboración y los documentos de prueba correspondientes en la fecha límite establecida en este formulario.

Justificativo apropiado: Entiendo que debo ponerme en contacto con Workforce Solutions en la fecha límite establecida en este formulario — en caso de que tenga una buena razón para no participar en las actividades que se me asignaron.

Sanción: Entiendo que el no participar o presentar un justificativo en la fecha límite que se me asignó en este formulario tendrá las siguientes consecuencias:

- Workforce Solutions notificará a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para que dé de baja mi subsidio y los beneficios que recibo de Medicaid, y por lo tanto tendré que presentar una nueva solicitud para seguir recibiendo esta asistencia.
- Se interrumpirá la ayuda económica que recibo de Workforce Solutions — que incluye los pagos por gastos de cuidado de niños.

Firma del Cliente de Workforce Solutions **OBLIGATORIA** Fecha

Firma del Asesor de Workforce Solutions **OBLIGATORIA** Fecha