* Dos Adultos con Requisito de Trabajo

|  |
| --- |
| En nuestra familia, |
|  | ‘y |  |
| están de acuerdo en participar un total combinado de \_\_\_\_\_ horas en promedio por semana en actividades asignadas por el personal de Workforce Solutions (algunos ejemplos incluyen trabajar, buscar empleo, etc.). En caso de que la familia (uno o ambos adultos) no participe según lo acordado, la *Health & Human Services Commission* (Comisión de Salud y Servicios Humanos) reducirá los beneficios TANF de ambos adultos. |
|  | está de acuerdo en participar |  | horas por semana. |
|  | está de acuerdo en participar |  | horas por semana. |
| Mi firma debajo ratifica que entiendo los requisitos de trabajo de mi familia: |
| Firma |  | Seguro Social # |  |
| Nombre en imprenta |  | Fecha |  |
|  |  |  |  |
| Firma |  | Seguro Social # |  |
| Nombre en imprenta |  | Fecha |  |
|  |  |  |  |

* Un Adulto con Requisito de Trabajo y un Adulto Exento que Presta Servicios Voluntarios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En nuestra familia, |  | tiene la obligación de participar |
| y |  | se ofrece como voluntario para participar por  |
| un total combinado de \_\_\_\_\_ horas en promedio por semana en actividades asignadas por el personal de Workforce Solutions (algunos ejemplos incluyen trabajar, buscar empleo, etc.). En caso de que la familia (uno o ambos adultos) no participe según lo acordado, la *Health & Human Services Commission* (Comisión de Salud y Servicios Humanos) reducirá los beneficios TANF del adulto que tenga la obligación de participar. |
|  | está de acuerdo en participar |  | horas por semana. |
|  | está de acuerdo en participar |  | horas por semana. |
| Mi firma debajo ratifica que entiendo los requisitos de trabajo de mi familia: |
| Firma |  | Seguro Social # |  |
| Nombre en imprenta |  | Fecha |  |
|  |  |  |  |
| Firma |  | Seguro Social # |  |
| Nombre en imprenta |  | Fecha |  |
|  |  |  |  |