* 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 | | |  | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | |