

COLORADO WORKFARE PROGRAM
Programa de 'Workfare' del Estado de Colorado

Contrato de Trabajo y Requisitos

Para mantener su estatus de elegibilidad para Estampillas de Comida, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades, cuales son definidos abajo. Asegurase de entender estas responsabilidades y derechos.

- I. Su participacion en el Programa de 'Workfare' de Colorado es requerido como una condicion para continuar su elegibilidad para Estampillas de Comida. Cuando es asignado a un sitio de trabajo, se le requiere:
 - 1. Observar las horas de trabajo y los reglamentos establecidos por el sitio de trabajo.
 - 2. Comunicarse con su supervisor y/o su Coordinador de 'Workfare' referente al progreso de su sitio de trabajo o problemas.
 - 3. Avisele de inmediato a su Coordinador de 'Workfare' si usted cree que tiene buena causa de no participar en el programa de 'Workfare' de Colorado.

- II. El sitio (patrocinador) proveera:
 - 1. Una orientacion de las reglas y reglamentos del sitio de trabajo.
 - 2. Una tarea de su sitio de trabajo que usted es capaz de ejecutar.
 - 3. Supervision y el equipo necesario para permitirle a Ud. para participar.
 - 4. Una forma para marcar sus días y horas de asistencia.
 - 5. Un reporte de evaluación preparada al cumplir su participación en el sitio.
 - 6. Tiempo para asistir a entrevistas de trabajo.

CONTRATO

Firmando esta forma, yo afirmo que las guias del programa de 'Workfare' de Colorado anotadas arriba han sido explicadas y una copia me ha sido proveido. Ademas, yo entiendo que debo participar en el programa de 'Workfare' de Colorado como una condición para recibir Estampillas de Comida y falta o rehuso, sin buena causa, a participar resultará en la perdida de Estampillas de Comida por 1, 3, o 6 meses. Yo entiendo que seré cubierto por Workmen's Compensation. El programa de 'Workfare' de Colorado proveera o hara los arreglos necesarios y razonables para reembolsos de transportación y los costos necesarios relacionados al trabajo de no exceder \$25 por mes.

Mi trabajo de 'Workfare' será: _____ en _____
(Tipo de Trabajo) (Patrocinador)
_____ comenzando _____
(domicilio # de teléfono Supervisor) (Fecha / Hora)

De lo mejor de mi conocimiento, yo estoy fisicamente disponible de ejecutar este trabajo. Para poder aprovechar esta oportunidad, yo estoy de acuerdo de trabajar _____ horas por semana para un total de _____ horas/mes. Mi participación obligada de 'Workfare' es basada en la cantidad de Estampillas de Comida otorgado que es _____ horas por mes.

Coordinador de Workfare

Participante de Workfare

Fecha

de Telefono

Domicilio

de Seguro Social

de Telefono

Original: Archivo **Copia:** Al cliente
**** El contrato en Ingles tambien debe ser firmado y distribuido como es indicado.****