

**COLORADO EMPLOYMENT FIRST PROGRAM**  
*Programa de Empleo Primero del Estado de Colorado*

# CONTRATO DE PARTICIPACION

Usted ha sido seleccionado a participar en el programa de Empleo Primero y es requerido cooperar para retener su elegibilidad de beneficios de estampillas de comida.

- Yo entiendo que soy requerido participar en la siguiente actividad:
- Yo entiendo que mi participación comienza el \_\_\_\_\_ y continuará hasta que estoy: empleado, con el sueldo por lo menos \$154.50 por semana; excluido del programa; asignado a otro actividad; o si ya no estoy recibiendo estampillas de comida.

Proxima Cita(s):

FECHA

HORARIO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Yo entiendo que debo cumplir con los requisitos de esta actividad. Yo entiendo que estos requisitos son los siguientes:

- Yo entiendo que no cumplir con los requisitos sin buena causa incluye lo siguiente:

- Yo entiendo que buena causa puede incluir, pero no es limitado a, una de los siguientes que puede ser verificado:

- (a) Enfermedad;
- (b) Enfermedad de un miembro del hogar;
- (c) Fallecimiento de un miembro de su familia;
- (d) Emergencia del Hogar.

· Yo entiendo que si fallo en cumplir con los requisitos anotados arriba sin 'buena causa' podre perder los beneficios de estampillas de comida por un periodo de uno, tres, o seis meses, en todos los condados de Colorado.

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado de Empleo Primero

Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha