**Plan de Empleabilidad – Wisconsin Works (W-2)**

WISCONSIN WORKS (W-2) EMPLOYABILITY PLAN

La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Participante | PIN del Programa de Trabajo | Nombre del Trabajador Social |
| Dirección Postal de la Agencia de W-2 | | Correo Electrónico del Trabajador Social |

El plan de empleabilidad W-2 enumera sus objetivos laborales y personales, y el plan de acción y los servicios de apoyo necesarios para alcanzar estos objetivos a través de la participación en el programa W-2. Este plan de empleabilidad comienza el       (dd/mm/yyyy) y finaliza el      .

Su asignación en el W-2 a partir de la fecha de inicio del plan de empleabilidad es      . Si la asignación cambia después de esta fecha, recibirá un Aviso de Asignación, lo que hace que siga siendo responsable de las actividades descritas en este plan, a menos que, usted y su trabajador social, las cambien.

Los servicios o pagos del W-2 pueden terminar si no finaliza un plan de empleabilidad nuevo antes de que el plan actual termine.

OBJETIVOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Objetivo 1 | Nombre del Objetivo | Fecha de Inicio |
| Descripción del Objetivo | | |
| Pasos para Lograr el Objetivo | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Objetivo 2 | Nombre del Objetivo | Fecha de Inicio |
| Descripción del Objetivo | | |
| Pasos para Lograr el Objetivo | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Objetivo 3 | Nombre del Objetivo | Fecha de Inicio |
| Descripción del Objetivo | | |
| Pasos para Lograr el Objetivo | | |

EMPLEO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Empleo 1 | Cargo | Empleador |
| Ubicación (Dirección) | Fecha de Inicio | Promedio de Horas Semanales |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Empleo 2 | Cargo | Empleador |
| Ubicación (Dirección) | Fecha de Inicio | Promedio de Horas Semanales |

ACTIVIDADES ASIGNADAS

Su plan de empleabilidad enumera las actividades asignadas en las que debe participar para ser elegible para el W-2. Este es el plan de acción para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. En cualquier momento, puede solicitar una reunión con su trabajador social para revisar sus objetivos y actividades. Además, su trabajador social se reunirá con usted de forma regular para revisar su progreso y hacer cambios a su plan si es necesario. Si usted y su trabajador social realizan cambios en sus objetivos y actividades asignadas, recibirá un plan de empleabilidad nuevo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 1 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 2 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 3 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 4 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 5 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad 6 | Descripción de la Actividad | | | |
| Ubicación (Negocio/Dirección) | | | | Teléfono |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 1)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Fechas de Inicio y Finalización Planificadas (Horario 2)        a | | Frecuencia/Días | Horas al día | Tiempo de Inicio y Finalización       a |
| Información de Contacto | | | | |
| Información Adicional | | | | |

SERVICIOS DE APOYO

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio | Detalles |
| Servicio | Detalles |
| Servicio | Detalles |

|  |
| --- |
| **NOTAS:** |

Plan de Empleabilidad – Wisconsin Works (W-2) Página de Firmas

Estoy de acuerdo en que participaré en las actividades asignadas que figuran en este plan de empleabilidad para ser elegible para los servicios W-2 y, si es apropiado, también para los pagos. Entiendo que debo contactar a mi trabajador social si no puedo asistir a las actividades asignadas.

Sé que, si no participo en estas actividades y no tengo una buena razón para no asistir a ellas, puede ocurrir lo siguiente:

* Los pagos de W-2 se pueden reducir para las asignaciones de CSJ y W-2 T (consulte su Aviso de Asignación para obtener más información sobre las reducciones de pago); o
* Se puede negar o finalizar su elegibilidad para el W-2.

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA – Solicitante/Participante (o ID de Interacción de la firma telefónica) | Fecha |