**Programas de Trabajo de Ayuda Económica para Refugiados – Aviso de Remisión**

refugee cash assistance work programs – notice of referral

La información personal que proporcione puede utilizarse para otros fines [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |
| --- |
| **Trabajador Actual** |
| Nombre del trabajador      | Número de teléfono      |
| Condado del trabajador      | Región del trabajador (si procede)      |
| **Caso** |
| Nombre del caso      | Número del caso      | Fecha de aviso de la remisión      |
| **Solicitante de Empleo** |
| Nombre del solicitante de empleo      | Número de teléfono      |
| Dirección del solicitante de empleo      |
| **Remisión** |
| Este aviso es para informarle que lo remitieron para participar en un Programa de Trabajo como parte de su caso de Ayuda Económica para Refugiados (Refugee Cash Assistance, RCA).El objetivo de la participación en el Programa de Trabajo es ayudarlo a conseguir un empleo. Es importante acudir a todas las citas con la agencia del Programa de Trabajo. No participar en las actividades asignadas tendrá como consecuencia un retraso de los beneficios o la pérdida de ellos. Los derechos y responsabilidades de los participantes en el Programa de Trabajo se explican en el momento de la inscripción.Existen varios programas de trabajo diferentes a los que se puede programar que usted asista y no se limitan a Empleo y Capacitación para Refugiados proporcionados por su trabajador de la agencia de voluntarios o trabajador de la Asociación de Asistencia Mutua, Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (Workforce Investment Act, WIA) o Empleo y Capacitación FoodShare (FoodShare Employment and Training, FSET). Algunos de estos programas son voluntarios, pero para mantener su elegibilidad para la RCA, debe participar en uno programado para usted. |
| **Su Cita** |
| Nombre del trabajador      | Número de teléfono      |
| Fecha      | Hora      | Ubicación      |
| **Información importante** |
| * Dirija cualquier pregunta relacionada con su RCA o RMA a su trabajador arriba indicado. Si cree que esta decisión es errónea, llame a su trabajador para pedir explicaciones al número indicado más arriba.
* Debe notificar a su trabajador cualquier cambio, como el de empleo o el de residencia, en un plazo de 10 días. No hacerlo puede dar lugar a una decisión negativa sobre su caso.
* Si necesita un traductor, un intérprete de lengua de señas u otro tipo de adaptación por discapacidad, comuníquese con su trabajador.
 |
| **Derechos de Apelación** |
| Tiene derecho a apelar una decisión de la agencia. Si cree que una decisión de la agencia es errónea, llame a su trabajador para que le dé una explicación. También puede solicitar una audiencia imparcial si cree que la decisión es errónea. Las instrucciones para solicitar una audiencia imparcial puede obtenerlas de su trabajador, o puede enviar una solicitud por escrito con su nombre, dirección, número de teléfono, número de la seguridad social y motivo de la apelación a: Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707- 7875. Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio, los beneficios continuarán hasta que se tome la decisión definitiva. Los beneficios no se prolongarán más allá del periodo de elegibilidad de 12 meses. Si la audiencia imparcial confirma que no tiene derecho a los beneficios, tendrá que devolver los beneficios recibidos por error. Debe enviar una solicitud de audiencia imparcial en un plazo de 45 días a partir de la fecha de aviso de la decisión; de lo contrario, el inspector de audiencias no tendrá en cuenta la solicitud. |