CARTA SOBRE SU EXENCIÓN / MOTIVO JUSTIFICADO

CONDADO DE

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador: _____
Núm. del trabajador: _____
Número de teléfono: _____
Dirección : _____
_____
_____

(Destinatario)

Estimado/a _____:

Según nuestros registros, su motivo por no hacer actividades del programa Welfare-to-Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo) (WTW) es la siguiente:

_____

_____

Este motivo dejará de ser válido el _____ (Fecha). Si ya no existe la razón por la que usted no ha hecho actividades WTW, debe empezar a hacer WTW.

☐ Si esta casilla está marcada, por favor, comuníquese con nuestra oficina para determinar si debe empezar a realizar actividades WTW. Debe llamarnos al _____ (Número) a más tardar el _____ (Fecha).

☐ Si esta casilla está marcada, por favor, visite nuestra oficina el _____ (Fecha), a las _____ (Hora), para reunirse con _____, el administrador de su caso WTW. Esta persona le dirá si usted debe empezar a hacer actividades WTW y le informará de los siguientes pasos que se tomarán. Si necesita cambiar la fecha/hora de su cita, comuníquese con su trabajador.