



AVISO PARA REVISAR LA PARTICIPACIÓN

Para:

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número de Caso: _____

SI USTED ESTA OBLIGADO A REGISTRARSE PARA EMPLEO & ENTRENAMIENTO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, EL NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN PARA EMPLEO & ENTRENAMIENTO SNAP, SIN JUSTIFICACIÓN, PUEDE RESULTAR EN CANCELACIÓN DE SU CASO Y / O BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS DE COMIDA (PM 03-14-03, PM 03-15-03 y PM 21-06-09)

Usted está registrado(a) con Empleo & Entrenamiento SNAP y actualmente está asignado(a) al componente:

Usted debe continuar cumpliendo con los requisitos de participación del componente al que ha sido asignado(a).

Responda de Acuerdo a las siguientes Instrucciones:

SI SE MARCA ESTE CUADRO, COMPLETE LA PÁGINA SIGUIENTE DE ESTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS DE LA "FECHA" INDICADA EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO.

Si falla en completar y enviar este formulario dentro de los diez días puede ser considerado como falta de cooperación. Si usted tiene alguna pregunta sobre las instrucciones indicadas arriba, llame a su trabajador(a) de la oficina local,

_____, al _____
o 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay.

Oficina Local



AVISO PARA REVISAR LA PARTICIPACIÓN

INFORME DE ACTIVIDAD DE EMPLEO

Para verificar sus esfuerzos continuos de búsqueda de empleo es necesario que conteste las siguientes preguntas, firme y envíe el formulario completado.

1. ¿Cuántos contactos para buscar trabajo ha hecho usted el último mes? A continuación marque el cuadro apropiado.

Ninguno 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 Más _____
Número

2. ¿Se ha matriculado o completado algún Programa de Educación y Entrenamiento en los últimos seis (6) meses?

Sí No

3. ¿Ha tenido usted algún contacto con otras organizaciones, proveedores educacionales, o gencias en los últimos seis (6) meses? Marque el cuadro apropiado. Sí No

Oficina de Desempleo Colegios Universitarios de la Ciudad de Chicago Otro _____
 Empleo/Entrenamiento de la Oficina del Alcalde (Met)

4. ¿Está usted ahora, o ha estado, trabajando en los últimos seis (6) meses? Sí contestó sí, complete la siguiente información:

Sí No

Información del Empleo

Nombre del Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Título de Trabajo:	Sueldo por Hora:	Horas Trabajadas Por Semana:
Fecha que Empezó	Fecha del Primer Día de Pago	Fecha que Terminó

Permanente Temporal

5. ¿Está usted ahora, o ha estado, recibiendo alguno de los beneficios indicados a continuación.? Sí No

Indique cuál(es) marcando el cuadro apropiado.

Beneficios del Seguro de Desempleo Seguro Social o Beneficios del SSI
 Compensación de Trabajadores Otro: _____

Si contestó Sí, complete la siguiente información.

Fecha del Primer Pago Recibido _____
Cantidad de Pago _____
Pago Recibido Semenal Mensual Otro _____

Yo certifico que la información indicada arriba es completa y correcta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento

Firma

Fecha