



Nombre del Participante: _____

Número del Caso: _____ Fecha: _____

Escriba el requisito específico que NO se ha cumplido y la(s) fecha(s) que no cooperó:

Para continuar la participación en Empleo y Entrenamiento del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP E&T), usted debe completar las siguientes actividades:

Estas actividades deben ser completadas antes del: (Fecha) _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del/la Trabajador(a)
de la Oficina Local: _____ Fecha: _____

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE ACUERDO, COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR(A) AL: _____
o 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay.