



AVISO PARA REVISAR LA PARTICIPACIÓN

Fecha: _____

7106650c-1375-4e3f-944a-bf12f06c2510

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

We have this notice in English. To request this notice in English, go to the ABE-MMC website or call 1-800-843-6154 (TTY 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay).

Puede manejar su caso por Internet en: abe.illinois.gov

USTED ESTÁ OBLIGADO A INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA EMPLEO & ENTRENAMIENTO DE SNAP, SI NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEO & ENTRENAMIENTO DE SNAP, SIN JUSTIFICACIÓN, PUEDE RESULTAR EN LA CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS SNAP (PM 03-14-03, PM 03-15-05, PM 21-06-03 y PM21-06-10-d).

Usted está inscrito(a) en el programa Empleo & Entrenamiento de SNAP y actualmente está asignado(a) al siguiente 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 DEVUÉLVALA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS DE LA "FECHA" INDICADA EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO.

El no completar y devolver este formulario dentro de los diez días, puede considerarse como falta de cooperación. Si tiene preguntas sobre las instrucciones indicadas arriba, comuníquese con el Centro de Recursos Para Familias y Comunidad indicado arriba.



AVISO PARA REVISAR LA PARTICIPACIÓN

Fecha: _____

7106650c-1375-4e3f-944a-bf12f06c2510

Número del Caso: _____

INFORME DE ACTIVIDADES DE EMPLEO

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

1. ¿Cuántos contactos para buscar empleo o trabajo ha hecho usted el último mes? Marque el cuadro apropiado siguiente.
 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 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 de la ciudad de Chicago Empleo/Entrenamiento de la Oficina del Alcalde (Met)

Otro _____

4. ¿Está usted trabajando ahora, o ha estado trabajando en los últimos seis (6) meses? Sí contestó sí, complete la siguiente información: Sí No

Información de Empleo

Nombre del Empleador:			
Dirección del Empleador:			
Ciudad, Estado, Zona Postal:			
Título del Trabajo:		Sueldo por Hora:	Núm. de horas que trabaja por semana:
Fecha que empezó:	Fecha del Primer Pago:	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Fecha que terminó

5. ¿Recibe usted o ha estado recibiendo alguno de los siguientes beneficios? Marque el cuadro apropiado. Sí No

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

Si contestó Sí, complete la siguiente información.

Fecha que Recibió el primer pago _____
Cantidad de Pagos _____
Pagos Recibidos <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____

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

Firma

Fecha