

Acuerdo de Autosuficiencia

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de identificación: _____

Objetivo a corto plazo: _____

Objetivo a largo plazo: _____

Lo que tengo que hacer: Completado por:

1. _____

2. _____

Lo que DCF hará: Completado por:

1. _____

2. _____

Comentarios:

Asistiré a todas la citas programadas para los programas de trabajo. Esto incluye citas con el administrador de caso, proveedores médicos y los proveedores a quienes he sido remitido para mi acuerdo de autosuficiencia.

Entiendo que se requiere que yo busque cobertura médica (DCF/KDHE) y que estoy obligado a mantener dicha cobertura una vez que esta haya sido aprobada. Si no completo el proceso de solicitar, obtener y/o mantener la cobertura médica, se considerará que no estoy cooperando con mi requisito de trabajó y seré sancionado.

He sido parte de la toma de decisiones y entiendo que el acuerdo mencionado anteriormente requiere mi participación y cooperación.

He recibido una copia de este acuerdo y entiendo mis derechos y responsabilidades así como las de DCF.

Notificaré a mi trabajador si ocurre cualquier cambio en mi situación actual que pueda requerir un ajuste a este plan y/o un cambio en mi situación laboral.

Entiendo que si elijo no cumplir con lo acordado en este plan que he tomado la decisión de recibir, puedo tener una sanción que cerrará mis beneficios de efectivo y reducirá mi asistencia alimentaria.

Firma del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____

Firma del Asesor de Carreras: _____

Número de teléfono del Asesor de Carreras: _____

Fecha de próxima cita
Fecha: _____
Hora: _____