

# Acuerdo sobre autosuficiencia para TANF

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Meses de TANF restantes: \_\_\_\_\_

Pasos \_\_\_\_\_ que se necesitarán para alcanzar la meta:

<i>Fecha inicial</i>	<i>Acción específica y medible</i>	<i>Horas por semana</i>	<i>Fecha de vencimiento</i>
	Soy responsable de asistir a todas las citas programadas con mi <i>Career Navigator</i> y con los proveedores a los que he sido derivado.	N/D	Mientras reciba TANF.
	Soy responsable de buscar cobertura médica y de mantener la cobertura una vez que haya sido aprobada.	N/D	
	Soy responsable de notificar a mi <i>Career Navigator</i> si ocurren cambios en mi situación que puedan requerir un ajuste a este plan, incluidos, entre otros, un cambio de empleo.	N/D	

Cómo el DCF respaldará mi plan:

<i>Acción específica y medible</i>	<i>Fecha de vencimiento</i>

He participado en la decisión y comprendo que el acuerdo mencionado más arriba exige mi participación y colaboración. He recibido una copia de este acuerdo y comprendo cuáles son mis derechos y responsabilidades, así como los del DCF.

**Entiendo que, si opto por no continuar con este plan y no brindar una buena causa para ello, he elegido recibir una sanción que cancelará o reducirá mis beneficios.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del cliente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del cliente: \_\_\_\_\_

Firma del *Career Navigator*: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del *Career Navigator*: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del *Career Navigator*: \_\_\_\_\_

**Fecha de la próxima cita:**  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

**Recordatorio de cita por:**  
 Correo electrónico .....   
 Llamada telefónica .....   
 Mensaje de texto .....

