

## CCS WAIT LIST CHECK-LIST

**\*\*\*PARA SER INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA CCS, USTED DEBE ESTAR TRABAJANDO 25 HORAS SEMANALES COMO MÍNIMO O ESTAR MATRICULADO EN UNA ESCUELA\*\*\*  
**\*\*NO SERÁ INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR (CCS) A MENOS QUE COMPLETE ESTE PAQUETE EN SU TOTALIDAD\*\*****

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

*Si está empleado actualmente y trabaja 25 horas semanales como mínimo, sírvase enviar uno (1) de los artículos siguientes:*

- 1. Sus cuatro (4) talones de pago más recientes o
- 2. Si lleva empleado menos de dos (2) meses, solicite a su empleador que llene el Formulario de Verificación de Sueldo/Ingresos de los CCS (CCS Wage/Income Verification Form) adjunto o
- 3. Un listado impreso suministrado por el empleador que muestre su sueldo bruto

### INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

*Si en la actualidad está cursando estudios universitarios, sírvase enviar todos los artículos indicados a continuación. Este paquete incluye todos los formularios requeridos.*

- 1. El Formulario de Verificación de Matrícula en la Escuela Secundaria y/o Universidad de los CCS (CCS Verification of College and/or High School Enrollment Form) debe llenarlo la escuela donde está matriculado. Sírvase llenar las dos páginas de este formulario.
- 2. Incluya una copia de su actual programa de clases. Debe estar cursando nueve (9) créditos como mínimo durante el semestre regular, y seis (6) créditos como mínimo durante cada periodo de verano.
- 3. Documentación que muestre su programa de estudios para obtener el título académico.
- 4. Una copia actual de su expediente académico que muestre con claridad su GPA.

### ESCUELA SECUNDARIA / GED / PROGRAMA STARS

*Si en la actualidad está asistiendo a la escuela secundaria, sírvase solicitar a su escuela que llene los artículos indicados a continuación. Este paquete incluye todos los formularios requeridos.*

- 1. El Formulario de Verificación de Matrícula en la Escuela Secundaria y/o Universidad de los CCS (CCS Verification of College and/or High School Enrollment Form) debe llenarlo la escuela donde está matriculado. Solamente tiene que llenar la primera página de este formulario.

### **También debe suministrar la información siguiente:**

- 1. Tarjetas del Seguro Social – Sírvase incluir una copia de la Tarjeta del Seguro Social de cada uno de los familiares con quienes vive. Si no puede encontrar o perdió alguna tarjeta, debe volver a presentar la solicitud correspondiente.

## CCS WAIT LIST CHECK-LIST

**\*\*\*PARA SER INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA CCS, USTED DEBE ESTAR TRABAJANDO 25 HORAS SEMANALES COMO MÍNIMO O ESTAR MATRICULADO EN UNA ESCUELA\*\*\***  
**\*\*NO SERÁ INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR (CCS) A MENOS QUE COMPLETE ESTE PAQUETE EN SU TOTALIDAD\*\***

### MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS

*A partir del 1° de febrero de 2009, CCS ya no tendrá acceso al portal de manutención de los hijos para consultar la información sobre manutención de los hijos referida a usted.*

La información sobre manutención de los hijos es obligatoria si se aplica a usted **alguno** de los puntos siguientes:

- 1. Si el padre de su(s) hijo(s) no está residiendo en la vivienda familiar; o
- 2. Si el padre de su(s) hijo(s) está en la cárcel (independientemente de que ustedes estén casados); o
- 3. Si actualmente su divorcio está en trámite.

**Debe suministrar la verificación de manutención de los hijos para cada hijo que viva con usted, incluso para los hijos que no reciban los servicios CCS.**

Debe acudir a la Oficina del Fiscal General si se aplica a usted **alguno** de los puntos siguientes:

- 1. Si no tiene un caso abierto de manutención de los hijos; o
- 2. Si tiene más de un caso de manutención de los hijos y no está seguro de que todos los casos estén abiertos, debe acudir a la Oficina del Fiscal General para solicitar un informe financiero completo; o
- 3. Si no sabe cuál es su número CIN.

*Si se aplica a usted alguno de los puntos anteriores y debe acudir a la Oficina del Fiscal General, es necesario que llene la parte superior del Formulario de Verificación de Ingresos por Manutención de los Hijos y llevarlo con usted a la Oficina del Fiscal General.*

## CCS WAIT LIST CHECK-LIST

### LA INFORMACIÓN SIGUIENTE CONCIERNE A LOS TUTORES, ABUELOS, ETC.

#### **NECESITAMOS DOCUMENTACIÓN QUE MUESTRE POR QUÉ EL PADRE/MADRE PRINCIPAL NO ESTÁ DISPONIBLE Y EL DOCUMENTO QUE VERIFIQUE QUE EL CUIDADOR ES RESPONSABLE DEL NIÑO.**

**Ejemplo 1:** El Centro de Incapacidad Médica, Tratamiento como Paciente Interno o Rehabilitación como Paciente Interno (*Medical Incapacitation, In Treatment, or In Rehabilitation Center*) requiere la información siguiente: Un documento de un profesional médico autorizado o documentación de un profesional autorizado, como un consejero o terapeuta, o si el padre/madre está bajo tratamiento en un centro de rehabilitación, una carta del centro que verifique la admisión firmada por un representante autorizado. Asimismo, el Cuidador debe tener un poder de representación ante notario o una declaración jurada de la custodia/tutela temporal del niño.

**Ejemplo 2:** Los Servicios de Protección del Menor (*Child Protective Services, CPS*) requieren la información siguiente: Un plan de seguridad reciente (dentro de los últimos 6 meses) de CPS o un acuerdo de colocación de CPS, una orden judicial que nombre a la persona como Cuidador o una carta de CPS que confirme que la colocación de los niños con el Cuidador está en curso.

**Ejemplo 3:** El Despliegue Militar (*Military Deployment*) requiere la información siguiente: órdenes militares o una alternativa adecuada, como la confirmación hecha por el Comandante de la Base u otro oficial militar. Junto con un poder de representación militar que designe al Cuidador como tutor del niño; o, en lugar de un poder de representación militar, un plan familiar militar que otorgue al Cuidador la autoridad de tomar decisiones sobre cuestiones del cuidado del niño.

**Con el fin de darle un servicio más rápido, disponemos de un sitio Web que puede ayudarle a encontrar una guardería que cubra sus necesidades: [www.txchildcaresearch.org](http://www.txchildcaresearch.org)**

**Si envía algún documento por fax, no olvide llamar a CCS para asegurarse de que hemos recibido todos los artículos para completar su Lista de Espera Cuando hayamos recibido todos los artículos, le pondremos en la Lista de Espera.**

**Llame cada sesenta (60) días para actualizar su expediente y reportar todo cambio que se haya producido.**

**ELIGIBILITY CODE CARD  
 FOR CHILD CARE SERVICES**

*Effective October 1, 2009 through September 30, 2010*

<b>Family Size</b>	<b>Monthly Income Limits 75% SMI</b>	<b>Extended Year Teen Parent Transitional Income</b>	<b>Family Size</b>
1	\$2027	\$2297	1
2	\$2650	\$3004	2
3	\$3274	\$3710	3
4	\$3897	\$4417	4
5	\$4521	\$5124	5
6	\$5145	\$5830	6
7	\$5261	\$5963	7
8	\$5378	\$6095	8
9	\$5495	\$6228	9
10	\$5612	\$6361	10

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **CCS WAIT LIST INTAKE FORM**

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Raza/Origen étnico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en su casa: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales brutos: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque una opción): Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

**Información del trabajo actual de la madre/tutor**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo semanales: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

Frecuencia con que le pagan (marque una opción):  
 Semanalmente  Quincenalmente  Mensualmente

**Información del trabajo actual del padre/tutor (si reside en la casa familiar)**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo semanales: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

Frecuencia con que le pagan (marque una opción):  
 Semanalmente  Quincenalmente  Mensualmente

**Información de la escuela o universidad actual de la madre/tutor**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Total de horas de créditos semestrales: \_\_\_\_\_

Total de créditos terminados: \_\_\_\_\_

**Información de la escuela o universidad actual del padre/tutor**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Total de horas de créditos semestrales: \_\_\_\_\_

Total de créditos terminados: \_\_\_\_\_

¿Recibe en la actualidad alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan):  
 TANF  Estampillas de Alimentos (Food Stamps)  SSI  WIA  Choices  Transitional  Desempleo

¿Está su hijo en algún Programa de Educación Especial o ha recibido su hijo alguna vez los Servicios ECI? Sí  No

¿Requiere su hijo la ayuda de adultos para realizar las tareas propias de la etapa de desarrollo en que se encuentra?  
 Sí  No  En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

Niño que necesita cuidado durante el día	Edad	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	¿Necesita usted el cuidado para su hijo a tiempo completo, tiempo parcial, después de la escuela o durante el verano?

**Otros(as) hermanos(as) del hogar que no necesitan cuidado.**

Nombre del Niño	Edad	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Parentesco

Si necesita cuidado del menor, ¿cuál es el nombre de la guardería en que ha pensado?: \_\_\_\_\_

Dirección de la guardería: \_\_\_\_\_

Teléfono de la guardería: \_\_\_\_\_ ¿Con quién habló?: \_\_\_\_\_

Para buscar centros de cuidado del menor, sírvase visitar: [www.txchildcaresearch.org](http://www.txchildcaresearch.org)

La Heart of Texas Workforce Board, Inc. es una organización de oportunidades laborales equitativas/programas y ayudas auxiliares, y servicios disponibles bajo solicitud previa para incluir a personas con discapacidades. TTY/TDD mediante el servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).

### CCS WAGE / INCOME VERIFICATION FORM

**THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY YOUR CURRENT EMPLOYER ONLY IF YOU HAVE BEEN EMPLOYED LESS THAN TWO (2) MONTHS.**

I, \_\_\_\_\_, give my permission to release the following information to Workforce Solutions for the Heart of Texas, Child Care Service:

1. Is \_\_\_\_\_ employed by you? Yes  No  SS Number: \_\_\_\_\_
2. How often is this employee paid? Daily  Bi-Weekly  Weekly  Bi-Monthly  Monthly
3. Is there any overtime pay based on past income history? Yes  No
4. List all wages received by the employee over the last four (4) pay period:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gross Pay	Date Pay Period Began	Date Pay Period Ended	Number of Hours Worked	Hourly Rate	Other Pay Received

If this employee is a new hire, please complete the following information:

Date Hired: \_\_\_\_\_ Hourly Wage: \_\_\_\_\_ Average Number of Hours Scheduled to Work (Weekly): \_\_\_\_\_

Name of Company/Organization: \_\_\_\_\_

Signature of Person Providing This Information: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address/City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

*For any questions regarding this form, please contact the Child Care Services Team at (800) 772-2269. You may fax this completed form to (254) 753-6355.*

## CCS VERIFICATION OF COLLEGE AND / OR HIGH SCHOOL ENROLLMENT FORM

**THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE COLLEGE OR HIGH SCHOOL YOU ARE CURRENTLY ENROLLED IN.**

If you are currently attending college, please provide this completed form, and a class schedule, degree plan, and transcript/GPA.

The student listed below is receiving child care services paid from the Texas Workforce Commission. Please fill out this form to provide verification of the student's enrollment and attendance in your program. This form is to be completed by the school's attendance / financial aid department.

Student Name: \_\_\_\_\_

Date of Enrollment: \_\_\_\_\_

Hours and Days of Scheduled Classes: \_\_\_\_\_

Has the Student Withdrawn from this Institution?: Yes  No

If Yes, What Date did the Student Withdraw?: \_\_\_\_\_

Has this Student Applied for or is Currently Receiving any Loans, Grants, or Scholarships?: Yes  No

If No, is this Student Receiving Aid from Other Sources?: \_\_\_\_\_

Name of Person Completing this Form: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Name of College or School: \_\_\_\_\_

Address/City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Please be sure to complete page 2 of this form.**

*For any questions regarding this form, please contact the Child Care Services Team at (800) 772-2269. You may fax this completed form to (254) 753-6355.*

## CCS VERIFICATION OF COLLEGE AND / OR HIGH SCHOOL ENROLLMENT FORM

**THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE COLLEGE OR HIGH SCHOOL YOU ARE CURRENTLY ENROLLED IN.**

I, \_\_\_\_\_ give my permission to release the following information to the Texas Workforce Commission in order to assist in determining my eligibility for child care assistance.

Applicant Signature: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Time Period Covered by Current Financial Aid and Expenses:

3 months  6 months  9 months  12 months  Other:  \_\_\_\_\_

**Please list the total amount received by this student for the time period indicated above.**

Pell Grants: \_\_\_\_\_

Stafford Loan: \_\_\_\_\_

Perkins Loan (formerly National Direct Student Loan): \_\_\_\_\_

Parent Loans for Students (Plus Loans): \_\_\_\_\_

State Funding: \_\_\_\_\_

Work Study: \_\_\_\_\_

Accepted/Rejected: \_\_\_\_\_

**Please list the following expenses incurred by this student for the time period indicated above.**

Tuition: \_\_\_\_\_

Books: \_\_\_\_\_

Mandatory Fees: \_\_\_\_\_

Supplies: \_\_\_\_\_

Tools: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

*I certify that the above information is true and correct.*

Name of Person Completing this Form: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*For any questions regarding this form, please contact the Child Care Services Team at (800) 772-2269. You may fax this completed form to (254) 753-6355.*



ATTORNEY GENERAL OF TEXAS  
GREG ABBOTT  
CHILD SUPPORT DIVISION

**VERIFICATION OF CHILD SUPPORT INCOME**

Date: \_\_\_\_\_

Applicant's Name: \_\_\_\_\_

Applicant's SSN: \_\_\_\_\_

Name and Address of Requesting Authority:

Applicant's DOB: \_\_\_\_\_

**Heart of Texas CCS**

**1416 S New Road, Waco, TX 76711**

Payor: \_\_\_\_\_

Requesting Authority Agent Name:

Name of Child(ren):

**Crystal Jackson - Client Service Specialist**

\_\_\_\_\_

Telephone and fax number:

\_\_\_\_\_

**(254) 296-5371 / (254) 753-6355 (fax)**

\_\_\_\_\_

*I hereby authorize the release of all child support income information requested on this verification form to the above named requesting authority.*

Applicant's Signature

Date

**WARNING:** Section 1001 of Title 18 of the U.S. code make it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentation to any department or agency of the United States as to matters within it jurisdiction. Texas Government Code 559 gives you the right to review and request correction of information on this form.

**Official OAG use only**

The applicant listed above:

- IV -D services are not being provided
- Does not have an active full service case with our agency
  - Does have a registry only case with the county
  - Does not have a registry only case with the county
  - the agency is not aware of a support order
- Does have an active full service case with our agency
  - Applicant is cooperating
  - Applicant is not cooperating
- The amount of court ordered Child support is \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (week, month, etc.)
- Is Cp receiving child support payments @ this time? yes  no
- Last payments of \$ \_\_\_\_\_ was received \_\_\_\_\_ date
- Last payments of \$ \_\_\_\_\_ was received \_\_\_\_\_ date
- Last payments of \$ \_\_\_\_\_ was received \_\_\_\_\_ date

Signature - Title

Date

Comments:

**ATTENTION: Crystal Jackson - Wait List Dept.**

## Heart of Texas WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD ORIENTATION TO DISCRIMINATION COMPLAINT PROCEDURES FORM (29 CFR Part 37)

Este Formulario de Orientación a las Quejas por Discriminación aborda los procedimientos de quejas por discriminación para los programas y servicios indicados administrados en el área de desarrollo de personal por la Junta de Desarrollo de Personal y sus Contratistas:

**Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (Workforce Investment Act, WIA)**

**Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) / CHOICES**

**Empleo y Capacitación del Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program Employment & Training, SNAP E&T)**

**Servicios de Cuidado del Menor (Child Care Services, CCS)**

**Asistencia para el Ajuste del Comercio (Trade Adjustment Assistance, TAA) y Asignaciones para el Reajuste del Comercio (Trade Readjustment Allowances, TRA)**

**Proyecto de Reintegración de Infractores (Project Reintegration of Offenders, Proyecto RIO)**

### EL DESTINATARIO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA FEDERAL ES:

**Heart of Texas Workforce Development Board, Inc.  
801 Washington Avenue, Suite 700  
Waco, Texas 76701**

**Relay Texas: 1-800-735-2989 / TTY 1-800-735-2988 (Voz)**

The (Heart of Texas) Workforce Development Board (la Junta) resolverá las quejas sobre igualdad de oportunidades de forma justa y rápida. De acuerdo con este procedimiento, se prohíben los actos de restricción, interferencia, coacción, discriminación o represalia hacia los denunciantes que ejerzan su derecho de presentar una queja. Este procedimiento se aplica a todos los solicitantes y participantes que tengan motivos para presentar una queja por discriminación relacionada con actividades o programas administrados por la Junta. Si usted tiene una queja sobre igualdad de oportunidades relativa a alguno de estos programas, puede enviar una queja por escrito al Funcionario de Igualdad de Oportunidades (EO) de la Junta o Contratista, según corresponda.

Una vez que se reciba su queja sobre igualdad de oportunidades, el Funcionario de EO le informará de cuál es el paso siguiente en el proceso de presentación de quejas. Siempre que usted desee seguir adelante con su queja, la Junta o Contratista seguirán los pasos que se describen a continuación. Usted debe examinar detenidamente el Procedimiento de Quejas por Discriminación, y si considera que no se están siguiendo los pasos requeridos, póngase en contacto con el Funcionario de EO. Recuerde: si considera que en alguna fase del proceso de presentación de quejas no está recibiendo la ayuda necesaria, deberá ponerse en contacto con:

**Texas Workforce Commission (TWC)  
Equal Opportunity Monitoring  
101 E. 15th St., Room 242-T  
Austin, TX 78778-0001**

**Números de teléfono: (512) 463-2400  
Relay Texas: 1-800-735-2989  
TTY 1-800-735-2988 (Voz)**

### LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

El destinatario de asistencia financiera del gobierno federal tiene prohibido por ley discriminar en base a las siguientes categorías: discriminación de cualquier persona en los Estados Unidos por motivos de raza, color, religión, sexo, país de origen, edad, discapacidad, afiliación o ideología política; discriminación de cualquier beneficiario de programas que cuente con apoyo financiero a tenor de del Título I de la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (*Workforce Investment Act, WIA*) de 1998, por motivo de la ciudadanía o calidad migratoria del beneficiario en tanto que sea inmigrante legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos, o por motivo de su participación en cualquier programa o actividad que cuente con ayuda financiera suministrada por el Título I de la WIA. El destinatario de tal asistencia no debe discriminar en ninguna de las cuestiones siguientes: en decidir quiénes han de ser admitidos o tener acceso a cualquier programa o actividad que cuente con ayuda financiera suministrada por el Título I de la WIA; en la provisión de oportunidades en tal programa o actividad y en el trato de cualquier persona con respecto a dicho programa o actividad; o en la toma de decisiones de empleo en la administración de tal programa o actividad o con respecto al mismo.

**Qué hacer si usted cree haber sido discriminado.** Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con ayuda financiera suministrado por el Título I de la WIA, puede presentar una queja en un plazo de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades del destinatario de la ayuda (o la persona designada por el destinatario para este fin), o el Director del Centro de Derechos Civiles (*Civil Rights Center, CRC*), Departamento del Trabajo de Estados Unidos (*U.S. Department of Labor*), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123, Washington, DC 20210. Si presenta una queja ante el destinatario de la ayuda, tendrá que esperar a que éste le expida un Aviso de Acción Definitiva por escrito o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra antes), antes de presentar la queja ante el Centro de Derechos Civiles (vea la dirección indicada anteriormente). Si el destinatario no le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito en el plazo de 90 días siguientes a partir de la fecha en que presentó su queja, no tendrá que esperar a que el destinatario se lo expida el Aviso para poder presentar la queja en el CRC. Sin embargo, usted debe presentar su queja ante el CRC dentro de los 30 días del vencimiento del plazo de 90 días (es decir, dentro de los 120 siguientes días a partir de la fecha en que presentó la queja ante el destinatario de la ayuda). Si éste le entrega un Aviso de Acción Definitiva por escrito con respecto a su queja y usted sigue estando en desacuerdo con la decisión o resolución, puede presentar una queja ante el CRC. Deberá presentar la queja ante el CRC dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha en que recibió el Aviso de Acción Definitiva.

## Heart of Texas WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD ORIENTATION TO DISCRIMINATION COMPLAINT PROCEDURES FORM (29 CFR Part 37)

### PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA

**LEY DE INVERSIÓN EN LA FUERZA LABORAL (WIA) / AYUDA PARA EL AJUSTE DEL COMERCIO (TAA) y ASIGNACIONES PARA EL REAJUSTE DEL COMERCIO (TRA):**

Si cree haber sufrido discriminación de igualdad de oportunidades en un programa o actividad con ayuda financiera suministrada por el Título I de la WIA o de TAA/TRA puede presentar una queja en el plazo de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades de la Junta o Contratista (o la persona designada por el destinatario), o el Director del Centro de Derechos Civiles (*Civil Rights Center, CRC*), Departamento del Trabajo de Estados Unidos (*U.S. Dept. of Labor*), 200 Constitution Avenue NW, Room N-4123 Washington, DC 20210. Si presenta una queja ante la Junta o Contratista, deberá esperar a recibir un Aviso de Acción Definitiva por escrito o a que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra antes) antes de presentar la queja ante el CRC. Si el Aviso de Acción Definitiva no se le emite dentro de 90 días desde la fecha en que presentó la queja, dispone de los 30 días siguientes al plazo límite de 90 días para presentar la queja ante el CRC (es decir, dentro de 120 días siguientes a partir del día en que presentó la queja por vez primera). Si recibió un Aviso de Acción Definitiva por escrito con respecto a su queja y usted sigue estando en desacuerdo con la decisión, puede presentar una queja ante el CRC. Sin embargo, usted debe presentar su queja ante el CRC dentro de los 30 días siguientes a partir del Aviso de Acción Definitiva.

**ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) / CHOICES y/o SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR (CCS):**

Si cree haber sufrido discriminación de igualdad de oportunidades en un programa o actividad con ayuda financiera a tenor de TANF/Choices y/o Servicios de Cuidado del Menor (CCS), puede presentar una queja en el plazo de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades de la Junta o Contratista (o la persona designada por el destinatario), o el Director del Centro de Derechos Civiles (*Office of Civil Rights*), Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services, HHS*), 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202, (214) 767-4056. Quienes presenten quejas sobre servicios de cuidado del menor pueden ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles, Región del Suroeste, Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos – U.S. Department of Agriculture, USDA), Office of Civil Rights-Southwest Region, Food and Nutrition Services, 1100 Commerce Street, Dallas, Texas 75242, (214) 290-9820. Si presenta una queja ante la Junta o Contratista, deberá esperar hasta que se le emita el Aviso de Acción Definitiva por escrito o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero) antes de presentar la queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

**EMPLEO Y CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA SUPLEMENTARIA PARA NUTRICIÓN (SNAP E&T):**

Si cree haber sufrido discriminación en un programa o actividad con ayuda financiera proporcionada por SNAP E&T, puede presentar una queja en el plazo de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Igualdad de Oportunidades de la Junta o Contratista (o la persona designada por el destinatario) o la Oficina de Derechos Civiles/Servicio de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos – U.S. Department of Agriculture (USDA), Civil Rights Office/Food and Nutrition Service, 1100 Commerce Street, Dallas, TX 75242, (214-290-9800)– o ante el Director de la Oficina de Adjudicación y Cumplimiento del USDA –USDA, Director, Office of Adjudication and Compliance, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 (202) 260-1026. Si presenta una queja ante la Junta o Contratista, deberá esperar a recibir un Aviso de Acción Definitiva por escrito o a que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra antes) antes de presentar la queja ante el Departamento de Agricultura.

**PROYECTO DE REINTEGRACIÓN DE INFRACTORES (PROYECTO RIO):**

Si cree haber sufrido discriminación y está inscrito conjuntamente en un programa de la ley WIA o SNAP E&T, puede presentar una queja y seguir el procedimiento pertinente de quejas sobre programas que se describe anteriormente.

**Por favor, no firme este aviso hasta que haya leído y comprendido su contenido.**

Con mi firma al calce, acuso recibo de esta orientación al procedimiento de quejas por discriminación y de la declaración con respecto a La Igualdad de Oportunidades Es la Ley Declaro que he leído el *Formulario de Orientación al Procedimiento de Quejas por Discriminación* y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido. Comprendo que el formulario de solicitud no es una solicitud de empleo, sino que su finalidad es determinar mi elegibilidad para recibir servicios de programas y cumplir los requisitos federales de notificación. Asimismo, comprendo que no suministrar la información solicitada puede resultar en que no reciba los servicios.

Firma del solicitante

Nombre en letra de imprenta

Fecha