

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA DE LOS CCS

*****PARA SER INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR (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 (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. La escuela donde está matriculado debe llenar 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). Sírvase llenar las dos páginas de este formulario.
- 2. Incluya una copia de su programa de clases actual. 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 un 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.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA DE LOS CCS

*****PARA SER INCLUIDO EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR (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 (CCS) A MENOS QUE COMPLETE ESTE PAQUETE EN SU TOTALIDAD****

MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS

El portal no puede ser utilizado a partir del 31 de agosto de 2009

Si no tiene ningún caso abierto de manutención de los hijos, vaya al sitio web de la Procuraduría General en www.oag.state.tx.us/cs/parents/apply_services.shtml, presente su solicitud en línea e imprima el recibo. También deberá suministrar a la Procuraduría General (OAG) toda la información necesaria para poder establecer la paternidad y obtener la manutención para sus hijos.

Si alguna de las afirmaciones siguientes se aplican a usted, deberá ir al sitio web de la OAG:

- 1. No tiene un caso abierto de manutención de los hijos; o
- 2. 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 Procuraduría General para solicitar un informe financiero completo); o
- 3. No sabe cuál es su número CIN (**solicite su número CIN en el sitio web de la Procuraduría General indicado anteriormente.**) La tramitación de la solicitud tarda al menos 3 semanas tanto en persona como a través del sitio web.

Si no tiene acceso a una computadora o tiene dificultades para usar el sitio web, por favor acuda a la Procuraduría General. Será necesario que llene la parte superior del Formulario de Verificación de Ingresos por Manutención de los Hijos incluido en el Paquete de la Lista de Espera y llevarlo con usted a la Procuraduría General.

Si no tiene ningún caso abierto y sabe cuál es su número CIN para cada padre, podrá acceder a la información de pagos por manutención de los hijos en el sitio web de la OAG (www.oag.state.tx.us) y adjuntarla a su Paquete de la Lista de Espera.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA LISTA DE ESPERA DE LOS CCS

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

NECESITAMOS DOCUMENTACIÓN QUE MUESTRE POR QUÉ EL PADRE/LA MADRE 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

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.

TARJETA DE CÓDIGOS DE ELIGIBILIDAD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Vigente del 1 de octubre de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2020

Tamaño de la Familia	Límites en los Ingresos Mensuales >80%-85% SMI	Año Extendido Padre/ Madre Adolescente Ingresos Transitorios	Tamaño de la Familia
2	\$3775	\$3775	2
3	\$4663	\$4663	3
4	\$5552	\$5552	4
5	\$6440	\$6440	5
6	\$7328	\$7328	6
7	\$7495	\$7495	7
8	\$7661	\$7661	8
9	\$7828	\$7828	9
10	\$7994	\$7994	10

FORMULARIO DE ADMISIONES EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O CUIDADOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo (a) Separado(a)
Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
¿Es usted un veterano de guerra? Sí No Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
¿Si es usted el cónyuge de un veterano? Sí No ¿Es usted un padre/madre adolescente? Sí No
¿Es usted un joven de acogida actual o en el pasado y tiene actualmente menos de 23 años de edad? Sí No
¿Está recibiendo actualmente algún tipo de asistencia o servicio a través de los Servicios de Protección del Menor (Child Protective Services)? Sí No
Dirección residencial: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Condado: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de E-mail: _____
Nombre del empleador: _____ Nombre de la Escuela: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____ Horas en que se ha matriculado: _____
Horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: \$ _____ Fecha de la matriculación: _____
Fecha de contratación: _____ Total de créditos completados: _____
Frecuencia del pago que recibe: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
Titulo de capacitación o certificación que desea obtener: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo (a) Separado(a)
Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
¿Es usted un veterano de guerra? Sí No Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
¿Si es usted el cónyuge de un veterano? Sí No ¿Es usted un padre/madre adolescente? Sí No
¿Es usted un joven de acogida actual o en el pasado y tiene actualmente menos de 23 años de edad? Sí No
¿Está recibiendo actualmente algún tipo de asistencia o servicio a través de los Servicios de Protección del Menor (Child Protective Services)? Sí No
Dirección residencial: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Condado: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de E-mail: _____
Nombre del empleador: _____ Nombre de la Escuela: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____ Horas en que se ha matriculado: _____
Horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: \$ _____ Fecha de la matriculación: _____
Fecha de contratación: _____ Total de créditos completados: _____
Frecuencia del pago que recibe: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
Titulo de capacitación o certificación que desea obtener: _____

¿RECIBE USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA DE LOS SIGUIENTES AYUDAS?

Estampillas de Alimentos (Food Stamps): Sí No Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA): Sí No
De transición: Sí No

¿CUÁL ES EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN LA VIVIENDA?

¿Cuál es el NÚMERO TOTAL DE PERSONAS que habitan en la vivienda (incluyendo al padre/madre/cuidador, cónyuge, todos los hijos y cualquier otra persona dependiente)? _____

FORMULARIO DE ADMISIONES EN LA LISTA DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DEL MENOR

INFORMACIÓN SOBRE CADA HIJO QUE NECESITA CUIDADO

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
 Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el padre/madre/cuidador: Hijo(a) Sobrino(a) Otro
 Edad: _____ (Si el parentesco no es el de hijo(a), ¿tiene la custodia legal o prueba de tutela de este menor?) Sí No
 Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
 ¿Tiene el niño alguna discapacidad? Sí No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
 ¿Ha recibido el niño servicios ECI o ha estado en algún Programa de Educación Especial? Sí No
 Tipo de cuidado que se necesita: Tiempo completo Tiempo parcial Después de la escuela Cuidado durante el verano

2. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
 Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el padre/madre/cuidador: Hijo(a) Sobrino(a) Otro
 Edad: _____ (Si el parentesco no es el de hijo(a), ¿tiene la custodia legal o prueba de tutela de este menor?) Sí No
 Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
 ¿Tiene el niño alguna discapacidad? Sí No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
 ¿Ha recibido el niño servicios ECI o ha estado en algún Programa de Educación Especial? Sí No
 Tipo de cuidado que se necesita: Tiempo completo Tiempo parcial Después de la escuela Cuidado durante el verano

3. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
 Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el padre/madre/cuidador: Hijo(a) Sobrino(a) Otro
 Edad: _____ (Si el parentesco no es el de hijo(a), ¿tiene la custodia legal o prueba de tutela de este menor?) Sí No
 Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
 ¿Tiene el niño alguna discapacidad? Sí No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
 ¿Ha recibido el niño servicios ECI o ha estado en algún Programa de Educación Especial? Sí No
 Tipo de cuidado que se necesita: Tiempo completo Tiempo parcial Después de la escuela Cuidado durante el verano

4. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ N° Seguro Social: _____ Sexo: ____
 Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el padre/madre/cuidador: Hijo(a) Sobrino(a) Otro
 Edad: _____ (Si el parentesco no es el de hijo(a), ¿tiene la custodia legal o prueba de tutela de este menor?) Sí No
 Origen étnico: ¿Hispano o latino? _____ Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Afronorteamericano Blanco
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático desconocido
 ¿Tiene el niño alguna discapacidad? Sí No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
 ¿Ha recibido el niño servicios ECI o ha estado en algún Programa de Educación Especial? Sí No
 Tipo de cuidado que se necesita: Tiempo completo Tiempo parcial Después de la escuela Cuidado durante el verano

Otros(as) hermanos(as) en el hogar que NO necesitan cuidado.

Nombre del Niño:	Edad	N° 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 *Es voluntario dar el N° de Seguro Social. ★ 2 de 2

Heart of Texas WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD FORMULARIO DE ORIENTACIÓN A LAS QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN (29 CFR Parte 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 para los Menores (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

Funcionaria de Oportunidad Laboral Equitativa (EO):

Aquanetta Brobston

Número de Teléfono: (254) 296-5300

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

La (Heart of Texas) Workforce Development Board (la Junta) resolverá las quejas sobre igualdad laboral equitativa 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 oportunidad laboral equitativa relativa a alguno de estos programas, puede enviar una queja por escrito al Funcionario de Oportunidad Laboral Equitativa (EO) de la Junta o Contratista, según corresponda.

Una vez que se reciba su queja sobre oportunidad laboral equitativa, 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 OPORTUNIDAD LABORAL EQUITATIVA 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 política o creencia; discriminación de cualquier beneficiario de programas que cuente con apoyo financiero bajo el Título I de la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (Workforce Investment Act, WIA) de 1998, en base a 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 ya sea el Funcionario de Oportunidad Laboral Equitativa 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 le 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.

La Heart of Texas Workforce Development Board, Inc. es un programa/organización de oportunidad laboral equitativa y existe ayuda auxiliar 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).

FORMULARIO DE ORIENTACIÓN A LAS QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN DE LA HEART OF TEXAS WORKFORCE DEVELOPMENT BOARD (29 CFR Parte 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 oportunidad laboral equitativa en un programa o actividad con ayuda financiera proporcionada por TANF/Choices y/o Servicios de Cuidado para los Menores (Child Care Services, CCS), puede presentar una queja dentro de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta infracción ante el Funcionario de Oportunidad Laboral Equitativa de la Junta o el Contratista (o la persona designada por el destinatario) o la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (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 a los menores pueden ponerse en contacto con 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) 290-9820. Si presenta una queja ante la Junta o el 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 Salud y Servicios Humanos.

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 describen arriba.

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 Oportunidad Laboral Equitativa 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 One-Stop 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