

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 Employment Administration (*Administración de Empleo*)
 Programa de Asistencia Nutricional Suplemental para Empleo y Capacitación
 (SNA E&T por sus siglas en inglés)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

El propósito del programa de SNA E&T es ayudarlo a llegar a ser independiente económicamente. Para que usted logre esta meta, tiene que prepararse para obtener y mantener un trabajo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Apellido, nombre, S.I.)	NÚM. DE CASO DE AZTECS	NÚM. DE ID DE JAS
--	------------------------	-------------------

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL PARTICIPANTE

Yo tengo los derechos y/o la responsabilidad de:

1. Prepararme para y obtener empleo para mantenerme a mí mismo y a mi familia lo más rápido que sea posible.
2. Acudir a las citas programadas con el Programa de SNA E&T. Si yo dejo de hacerlo sin justificación, mis beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplemental podrían ser cortados o terminados.
3. Terminar las evaluaciones requeridas que le permitirán al Programa de SNA E&T asistirme en la creación del plan de Desarrollo de Empleo y Carrera (ECDP) que me ayudará a ser independiente económicamente.
4. Participar en el desarrollo de mi ECDP.
5. Participar en las actividades identificadas en mi ECDP. Si yo dejo de hacerlo sin justificación, mis beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplemental podrían ser cortados o terminados.
6. Notificar al personal del Programa de SNA E&T, si tengo algún problema que impide que yo cumpla con los requisitos del Programa de SNA E&T.
7. Notificar al personal del Programa de SNA E&T, cuando falte a una cita o a una actividad identificada en mi ECDP y estar preparado/a en caso que me soliciten pruebas que justifiquen mi inasistencia o no participación. Si encuentro dificultad en obtenerlas, voy a pedir ayuda a mi especialista de SNA E&T.
8. Que la información de mi expediente se mantenga confidencial.
9. Pedir ayuda al especialista del SNA E&T y/o a su supervisor, si no estoy de acuerdo con mi ECDP o creo que se me ha tratado de manera injusta o que he sido discriminado por cualquier miembro del personal del Programa de SNA E&T.
10. Pedir ayuda al Defensor del Cliente de la Administración de Empleo (EA), cuando creo que mis dudas no han sido resueltas por el especialista y/o supervisor del Programa de SNA E&T. Puedo pedir ayuda al Defensor del cliente de la EA mediante cualquiera de los siguientes métodos.

Correo electrónico: EAClientAdvocate@azdes.gov

Teléfono: 602-771-1307 or Toll free 1-877-371-1307 **Fax:** 602-532-5596

Correo: Arizona Department of Economic Security
 EA Client Advocacy – Site Code 720A
 P.O. Box 6123
 Phoenix, AZ 85005-6123

11. Pedir una Audiencia Imparcial, si creo que mis beneficios de Asistencia Nutricional han sido cortados o terminados injustamente.
12. Notificar al Especialista de SNA E&T, si recibo un subsidio por transporte o gastos relacionados a la capacitación de otros programas.
13. Reportar cambios al Programa de SNA E&T, tales como un trabajo, una nueva dirección o un nuevo número de teléfono.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE SNA E&T

El Programa de SNA E&T del Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES) está de acuerdo en:

1. Usar la información que usted comparte para desarrollar un ECDP más efectivo que lo ayudará a ser independiente económicamente mientras esté dentro de las directrices federales.
2. Ayudarlo a buscar soluciones a los problemas.
3. Proveer la información sobre el cuidado de niños, la asistencia médica, y otros servicios relacionados con el empleo.
4. Volver a examinar y cambiar su ECDP cuando sea necesario.
5. Tratarlo con dignidad y respeto.
6. Mantener confidencial la información personal y dar información a los proveedores, contratistas y otras agencias del DES aprobados, sólo cuando sea necesario o como lo requiera la ley.

Me han sido explicados mis derechos y responsabilidades y los entiendo completamente. También entiendo que mis beneficios del Programa de SNA pueden ser cortados o terminados si yo no cumple con los requisitos de mi ECDP.

FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA
------------------------	-------

As a representative of the DES SNA E&T Program, I have carefully explained the above rights and responsibilities.

Como representante del Programa de DES de SNA E&T, he explicado cuidadosamente los derechos y responsabilidades arriba indicados.

FIRMA DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
-----------------------------------	-------

Distribución: **Original** – expediente de caso; **Copia** – Participante

Vea al reverso para las declaraciones de EOE/ADA.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ♦ Traducción gratuita relacionada a los servicios de DES, está disponible a solicitud del cliente. ♦ Available in English at the local office.