

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MISSISSIPPI  
CONTRATO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL para  
ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)**

Este Contrato de Responsabilidad Personal es un acuerdo entre el Departamento de Servicios Humanos de Mississippi (MDHS) y \_\_\_\_\_ que describe las responsabilidades de cada uno.

Responsabilidades del MDHS

El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas autorizado en virtud de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y de Oportunidades Laborales de 1996 (Ley Pública 104-193) permite que el estado de Mississippi a través del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi (MDHS) brinde asistencia a las familias necesitadas. Esta asistencia en virtud del Título IV-A de la Ley del Seguro Social no puede exceder los 60 meses para las familias, incluyendo un adulto que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad y que participe satisfactoriamente en el programa de trabajo (a menos que esté exento).

MDHS:

- Explicará los requisitos del Programa de Trabajo de TANF y las exenciones de trabajo y los límites de tiempo de los beneficios.
- Determinará la elegibilidad para el Programa de Trabajo de TANF y para recibir asistencia financiera.
- Proporcionará beneficios durante un período temporal mientras el beneficiario mencionado anteriormente se prepara para llegar a ser autosuficiente.
- Hará una evaluación y creará un Plan de Desarrollo de Empleabilidad (PDE) para cada adulto elegible para trabajar.
- Brindará la oportunidad de educación a corto plazo, capacitación y/o experiencia laboral en preparación para el trabajo, si se determina que es necesario en el PDE.
- Si es necesario, ayudará a encontrar y pagará el cuidado infantil y/o el transporte mientras el beneficiario participa satisfactoriamente en una actividad laboral.
- Proporcionará el establecimiento de manutención infantil y servicios de cumplimiento.
- Proporcionará un proceso de apelación de audiencia imparcial para las personas afectadas negativamente por TANF.
- Administrará a cualquier adulto en la unidad de asistencia un cuestionario de detección de abuso de sustancias para determinar la probabilidad de un problema de abuso de sustancias.

El beneficiario:

- Participará en actividades de búsqueda de empleo desde un principio o solicitará servicios de rehabilitación vocacional, si se requiere, durante el período de procesamiento de la solicitud de TANF.
- Participará en la creación de su Plan de Desarrollo de Empleabilidad individual del Programa de Trabajo de TANF.
- Participará, lo mejor que pueda, en las actividades de trabajo asignadas que conducen a obtener y mantener un empleo.
- Aceptará una oferta de trabajo de buena fe (a menos que haya una buena causa para no hacerlo).
- No renunciará voluntariamente a un trabajo antes de discutir una buena causa y posibles sanciones con su trabajador.
- Aceptará la responsabilidad personal de identificar las barreras, notificando al administrador del caso y eliminando o resolviendo las barreras (cuidado infantil, transporte, problemas de actitud/aseo y presentación/higiene, problemas familiares, problemas médicos, etc.) que le impiden conseguir o mantener un trabajo o cumplir con los requisitos del programa de trabajo.
- Cooperará proporcionando información para determinar la elegibilidad para recibir los beneficios de TANF y el Programa Laboral, incluyendo los números de Seguro Social, comprobante de edad y parentesco, comprobante de ingresos y recursos.

Condado: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

- Informará en un plazo de 5 días si el jefe de familia se muda fuera del estado y cuando sea evidente que un niño estará fuera de la casa durante más de 30 días. (No informar a tiempo la partida de un niño significa la descalificación).
- Informará los siguientes cambios en un plazo de 10 días después de la fecha en que el hogar tenga conocimiento del cambio (para cambios de ingresos, el informe debe recibirse en un plazo de 10 días después de la fecha en que el hogar recibe el primer pago atribuido al cambio): un cambio de residencia y costos de vivienda resultantes; cambio en la obligación legal de manutención infantil; cambio de más de \$125 en el monto de ingresos no derivados del trabajo; cambio de más de \$125 en ingresos del trabajo mensuales; un cambio en los recursos disponibles, como efectivo, acciones, bonos y cuentas bancarias.
- Asignará al estado de Mississippi todos los derechos de manutención infantil y cooperará (a menos que exista una razón justificada para no hacerlo) con el cumplimiento de la manutención infantil para establecer y obtener manutención.
- Envíará a los niños bajo su cuidado (de 6 a 17 años) a la escuela con regularidad y fomentará su éxito en la escuela.
- Obtendrá las vacunas para los niños bajo su cuidado según lo recomendado por el Departamento de Salud de Mississippi.

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), entiendo que:

- Mi familia no puede recibir beneficios por más de un total de 60 meses a menos que el caso incluya solo a niños menores de edad o cumpla con una de las exenciones por dificultades.
- Mi familia no puede recibir más de 24 meses del total de 60 meses sin mi participación en una actividad laboral permitida, si se requiere.
- Una vez que se determina que estoy listo para trabajar, debo participar en una actividad laboral permitida, a menos que esté exento.
- Seré remitido al Programa de Trabajo de TANF a menos que cumpla con una exención de trabajo.
- Si me remiten al Programa de Trabajo de TANF y no cumplo con mi cita de Admisión al Programa de Trabajo de TANF, significará que ya no necesito la ayuda de TANF y que deseo retirar mi Solicitud de TANF.
- Si no estoy exento de los requisitos del programa de trabajo, no puedo solicitar que se cierre mi caso después de ser remitido al Programa de Trabajo de TANF y haber firmado mi plan de empleabilidad, a menos que proporcione la documentación adecuada, si se considera necesario, en el momento en que solicito que se cierre mi caso, para corroborar por qué ya no necesito la asistencia de TANF para mi familia. Si no se proporciona la documentación adecuada, mi caso de TANF se cerrará con la multa programada de TWP correspondiente.
- Si reúno los requisitos para el cuidado de un niño menor de 12 meses (JJ) o la exención de trabajo para víctimas de violencia doméstica (JV) y elijo ser voluntario para el Programa de Trabajo de TANF, no seré excluido de la política y los procedimientos de medidas adversas y puedo ser sancionado si no participo satisfactoriamente sin una razón justificada para no hacerlo.
- Mi firma en la solicitud le da permiso al MDHS para verificar la información necesaria para determinar la elegibilidad y el monto del beneficio, incluyendo el intercambio de datos electrónicos para todos los miembros de la familia, la verificación de la asistencia a la escuela, los ingresos y los recursos.

Condado: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

- A mi familia se le negarán los beneficios de TANF por no asignar los derechos de manutención al estado o por mi falta de cooperación con el cumplimiento de la manutención infantil.
- La Oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil me pagará la parte del cobro de manutención infantil que quede después de que todos mis beneficios de TANF se recuperen (resten) cada mes. No recibiré un cheque de manutención infantil si mis beneficios de TANF del mes actual son mayores que el cobro de manutención infantil del mes actual.
- Transferir la manutención infantil y obviar el TANF son para familias de TANF donde el padre/madre con custodia tiene una orden de manutención infantil establecida y está recibiendo manutención infantil del padre/madre sin custodia. Hasta los primeros \$100 de manutención infantil cobrados se proporcionarán al padre/madre con custodia y no se considerarán al determinar la elegibilidad para recibir la TANF. Sin embargo, la cantidad de hasta \$100 que se transfiere se considerará al determinar la elegibilidad para recibir SNAP.
- El beneficio de TANF para mi familia no aumentará para los bebés que nazcan o se agreguen a mi unidad de asistencia después de 10 meses a partir de la fecha en que se me notificó originalmente sobre el límite del beneficio familiar, excepto por una razón justificada. La fecha límite de mi beneficio familiar inicial es \_\_\_\_\_. Se deben reportar los nuevos niños y pueden ser elegibles para recibir los beneficios de SNAP.
- El beneficio TANF de mi familia se reducirá en un 25% si no vacuno a mi(s) hijo(s) o no envío a la escuela a mi(s) hijo(s) de 6 a 12 años de edad. Los niños de 13 a 17 años que no asistan a la escuela serán descalificados de los beneficios de TANF.
- Los beneficios SNAP de mi familia también se reducirán en un 25% o se cerrarán cuando yo no cumpla (sin una razón justificada) con los requisitos de TANF además del Programa de Trabajo.
- A mi familia se le negarán los beneficios de TANF cuando yo no participe (sin una razón justificada) en las actividades de trabajo aprobadas por TANF. Estas sanciones son:

1<sup>era</sup> infracción - 3 meses y cumplimiento

2<sup>da</sup> infracción - Permanente

También se pueden aplicar sanciones al programa SNAP si el cliente está recibiendo beneficios.

- No accederé los fondos de TANF por medio de la tarjeta de débito MasterCard de MS en las siguientes ubicaciones:
  - Tiendas de licores
  - Clubes de striptease
  - Salones de tatuajes y perforaciones corporales
  - Spas
  - Tiendas de ropa interior
  - Tiendas de cigarrillos de vapor
  - Empresas de fianzas
  - Salas de cine
  - Parques temáticos
  - Instalaciones de Pari-Mutuel (apuestas mutuas)
  - Empresas o establecimientos minoristas donde no se permite la entrada a menores de 18 años
  - Establecimientos de juegos de apuestas
  - Joyerías
  - Tiendas de parafernalia de tabaco
  - Salones de manicura
  - Salones de masaje
  - Negocios psíquicos o de clarividencia
  - Instalaciones de carreras de perros o caballos
  - Cruceros
  - Sala de videojuegos
  - Empresas de índole sexual

Además, entiendo que no puedo comprar los siguientes artículos con fondos de TANF:

Condado: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

- Alcohol
- Licor o licor de imitación
- Fianza
- Boletos de lotería
- Productos de tabaco
- Servicios de viaje proporcionados por un agente de viajes
- Boletos para eventos deportivos profesionales o universitarios
- Cigarrillos
- Materiales de índole sexual para adultos
- Actividades de juego de apuesta
- Tatuajes
- Boletos para conciertos
- Transferencia de dinero a ubicaciones en el extranjero
- Boletos para otros eventos de entretenimiento Para el público en general

A mi familia se le negarán los beneficios de TANF cuando yo use la tarjeta de débito MasterCard de MS en lugares prohibidos o cuando compre artículos prohibidos.

1<sup>ra</sup> infracción - 3 meses

2<sup>da</sup> infracción - Permanente

- Si soy un adulto en la unidad de asistencia, se me pedirá que complete un cuestionario para la detección de abuso de sustancias para determinar la probabilidad de un trastorno por consumo de sustancias.
- Si no cumplo con el requisito de evaluación para la detección, se rechazará mi solicitud de TANF.
- Si los resultados de mi cuestionario para la detección de abuso de sustancias indican una alta probabilidad de un trastorno por el consumo de sustancias, tendré que someterme a una prueba al azar para drogas.
- Si los resultados de mi prueba al azar para drogas son positivos, tendré que participar en un plan aprobado para tratamiento de drogas.
- Si se requiere que me someta a pruebas al azar para drogas, ser evaluado por un proveedor de tratamiento o que me inscriba en un programa de tratamiento de drogas y no cumplo con alguno de estos requisitos, recibiré una sanción de TANF para toda la familia.
- Puedo solicitar una audiencia imparcial cuando no esté de acuerdo con las decisiones sobre mi caso.

Entiendo que cuando no cumplo con mi parte de este Contrato de Responsabilidad Personal, mis beneficios de TANF (y posiblemente los beneficios de SNAP) pueden reducirse o cancelarse.

Firma del padre/madre/cuidador: \_\_\_\_\_

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

Firma del segundo padre/madre: \_\_\_\_\_

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

Firma del personal de MDHS: \_\_\_\_\_

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