

**LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE AYUDA DE REUBICACIÓN**

**Sección A:** Para ser llenada por el Departamento de Niños y Familias o la Junta de Fuerza Laboral Regional

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

No. de Caso/Categoría/Secuencia \_\_\_\_\_

Fecha RFA (solicitante) \_\_\_\_\_

( )  
tamaño AG

Marque uno:

Solicitante \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

**Sección B:** Para ser llenada por la Junta de Fuerza Laboral Regional

1. ¿Cuál de los siguientes requisitos satisface la persona? (Marque todos los que correspondan)

- La persona probablemente no logrará la autosuficiencia económica en la comunidad donde reside actualmente.
- La persona ha obtenido un trabajo que provee un mayor salario o mejores beneficios y requiere reubicarse a otra comunidad (según lo define la RWB local).
- La persona cuenta con una red de apoyo familiar que contribuirá a conservar el trabajo en otra comunidad.
- La persona es víctima de violencia doméstica y con la reubicación tendría menos probabilidades de otros incidentes.
- La persona tiene que reubicarse para recibir educación o capacitación directamente relacionada con el empleo o el avance de su carrera.
- Otro \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores, la persona no satisface los requisitos del programa de reubicación.

2. ¿Tiene la comunidad de destino la capacidad para proporcionar los servicios necesarios a la familia reubicada (tales como, cuidado de niños y transporte) y oportunidades de empleo?     Sí     No

**RESULTADO DE LA AYUDA DE REUBICACIÓN**

**Marque uno:**

\_\_\_ Ayuda de Reubicación Aprobada

\_\_\_ Ayuda de Reubicación Denegada

\_\_\_ Ayuda de Reubicación Retirada por el Solicitante/Participante.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha en que se aprobó

Fecha en que se retiró \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Persona Designada para la Aprobación de la Junta de Fuerza Laboral Regional  
(en letra de molde)

( ) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Sección C:** Para ser llenada por el solicitante/participante si se aprueba la ayuda de reubicación.

Entiendo que puedo recibir ayuda de reubicación por un monto de \$ \_\_\_\_\_. Si recibo ayuda de reubicación, no podré solicitar ni continuar recibiendo asistencia en efectivo temporal durante seis meses, a menos que se demuestre una emergencia a la junta de fuerza laboral regional. La ayuda de reubicación deberá devolverse si vuelvo a solicitar asistencia en efectivo temporal dentro de los seis meses debido a una emergencia, que no sea violencia doméstica. **Si no me reubico o si se determina que hubo fraude, el monto completo deberá devolverse y los procedimientos para recuperar los beneficios entrarán en vigor.** Si se aprueba la reubicación, esto no cuenta contra los límites de tiempo de la asistencia en efectivo temporal. Puedo ser elegible para recibir servicios de apoyo y beneficios de transición cuando me reubique.

**Solicitantes solamente:** Entiendo, además, que si se aprueba la ayuda de reubicación, estoy retirando mi solicitud para asistencia en efectivo temporal. Si me niegan la ayuda de reubicación, es posible que tenga que volver a solicitar asistencia en efectivo temporal.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante/Participante**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha en que se firmó**