DC | DEPARTMENT of HUMAN SERVICES

Verificación de empleo o actividad laboral calificada.

Reservado para el DHS
Fecha de recepción:_____
Nombre del SSR:_____

Utilice este formulario para informar al Departamento de Servicios Humanos (DHS) del Distrito de Columbia (Distrito) sobre su empleo y actividades laborales. Esta información ayudará al DHS a determinar si usted cumple con los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o si está exento (eximido). Cada parte que complete deberá estar firmada por usted y por su empleador u organización.

Cómo se envía: Entregue el formulario completado y firmado a la Administración de Seguridad Económica (ESA) del DHS por uno de los siguientes métodos:

Electrónicamente	Correo postal	Entrega en el centro de servicios	Fax
Escanee para visitar Districtdirect.dc.gov *o* Escanee para descargar **la aplicación móvil District Direct** *compatible* con *iPhone y Android.*	District of Columbia Department of Human Services Economic Security Administration Case Record Management Unit P.O. Box 91560 Washington, DC 20090	**Anacostia** 2100 Martin Luther King Avenue, SE **Congress Heights** 4049 South Capitol Street, SW **Fort Davis** 3851 Alabama Avenue, SE **H Street** 645 H Street, NE **Taylor Street** 1207 Taylor Street, NW	202-671-440

¿Qué partes necesita completar?

Revise lo siguiente para determinar la(s) parte(s) de este formulario que debe completar:

	Yo...	*Completo...*
☐	Soy empleado o trabajador autónomo y trabajo 30 horas semanales, en promedio mensual, para calificar para la exención de los requisitos de trabajo.	Parte A
☐	Soy empleado, trabajador autónomo, trabajo a cambio de bienes o realizo trabajo no remunerado para cumplir con mis requisitos laborales para adultos físicamente capaces sin dependientes (ABAWD)	Parte A
☐	Participo en un programa de empleo o capacitación 20 horas por semana/un promedio de 80 horas por mes para cumplir con mis requisitos laborales para ABAWD.	Parte A
☐	Trabajo y participo en un programa de empleo o capacitación 20 horas por semana/un promedio de 80 horas por mes para cumplir con mis requisitos laborales para ABAWD.	Partes A y B
☐	Tengo 16 o 17 años y asisto a un programa de empleo o capacitación para calificar para la exención de los requisitos de trabajo.	Parte B
☐	Participo en un programa de capacitación para refugiados al menos a tiempo parcial para calificar para la exención de los requisitos de trabajo.	Parte B
☐	Realizo trabajo voluntario o presto servicio comunitario para cumplir con los requisitos laborales para ABAWD.	Parte C

Advertencia: Estos formularios no se procesarán sin una firma y una fecha válidas de su empleador (Parte A), el representante del programa (Parte B) o la autoridad de la organización (Parte C).

DC | DEPARTMENT of HUMAN SERVICES

Parte A: Prueba de las horas de trabajo

Esta sección debe completarla y firmarla su empleador, la organización o la persona para la que trabaja. También debe firmar usted a continuación. Un formulario sin una firma válida del empleador/organización se considera incompleto. También puede proporcionarnos recibos de sueldo que muestren sus horas de trabajo o una carta de su empleador/organización que incluya el trabajo que realiza, las horas por semana o por mes, junto con el nombre y la información de contacto de su gerente/supervisor (teléfono, correo electrónico, etc.).

Su información:

Nombre completo: _____ N.° de caso: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Al firmar este formulario, certifico que la información contenida aquí es verdadera y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte debe completarla el empleador/organización/persona para la que trabaja:

<table>
<tr><td colspan="3">Nombre completo de la persona (empleado) que realiza el trabajo:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Puesto de trabajo o tipo de trabajo que realiza:</td></tr>
<tr><td>Fecha de inicio del trabajo:</td><td colspan="2">¿Cuántas horas semanales suele trabajar el empleado?</td></tr>
<tr><td>¿A este empleado se le paga con dinero?
☐ Sí ☐ No</td><td colspan="2">¿Espera que este trabajo continúe?
☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es NO, indique la fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)</td></tr>
<tr><td colspan="3">¿A este empleado se le paga con servicios?
(p. ej., trabajo a cambio del alquiler)
Si la respuesta es SÍ, ¿qué servicios? _____ ☐ Sí ☐ No</td></tr>
<tr><td colspan="3">¿Cuál es su nombre completo (persona que llena este formulario)?</td></tr>
<tr><td colspan="3">¿Cuál es su información de contacto?</td></tr>
<tr><td>Teléfono:</td><td>Correo electrónico:</td><td>Dirección:</td></tr>
<tr><td>Si trabaja o realiza trabajo voluntario, ¿cuál es el nombre de la empresa u organización?</td><td colspan="2">¿Cuál es su puesto en la empresa/organización?</td></tr>
<tr><td>Firma del empleador/persona que llena este formulario:</td><td colspan="2">Fecha en que se completó y firmó el formulario:</td></tr>
</table>

Parte B: Prueba de participación en la actividad laboral calificada

La organización, el programa o el gestor de casos, incluido el programa de empleo y capacitación (E&T), para quien usted realiza actividades laborales puede completar este formulario, "Parte B", para proporcionarnos una prueba de su participación y las horas de trabajo. Debe haber una Parte B distinta para **cada** organización/programa. También puede proporcionarnos una carta de la organización o los programas que incluya las actividades laborales en las que participa, el número de horas semanales o mensuales dedicadas a cada actividad, junto con el nombre y la información de contacto (teléfono, correo electrónico, etc.) de un representante de la organización/programa.

Su información:

Nombre completo: _____ N.° de caso: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Al firmar este formulario, certifico que la información contenida aquí es verdadera y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte debe completarla un representante de la organización/programa de trabajo:

Nombre completo del participante en el programa de trabajo:

Para cada actividad en la que participe el participante, complete la siguiente información:

Actividad	Horas por semana	Promedio de horas mensuales	Fecha de inicio	Fecha de finalización
E&T – Experiencia laboral				
E&T – Educación/capacitación vocacional				
E&T – Capacitación para la búsqueda de empleo				
Educación básica				
Capacitación vocacional/técnica				
Búsqueda de empleo				
Capacitación en habilidades profesionales				
Capacitación en el puesto de trabajo				
Capacitación para la preparación laboral				
Rehabilitación vocacional				
Actividades de educación y alfabetización para adultos				
Otro				

Indique cuáles actividades, si las hay, están contempladas en la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (WIOA):	Indique cuáles actividades, si las hay, son programas de la Ley de Comercio:

Marque una de las siguientes afirmaciones con respecto a las actividades en las que participa el participante, tal como se indica anteriormente:

- ☐ Las actividades son gestionadas o supervisadas directamente por una agencia gubernamental del Distrito o a través de proveedores externos financiados.
- ☐ Las actividades están aprobadas por la Comisión de Licencias de Educación Superior del Distrito, la Comisión de Educación Superior de Maryland o el Concejo Estatal de Educación Superior de Virginia.

¿Cuál es su nombre completo?	Correo electrónico:
Dirección:	Teléfono:
¿Cuál es el nombre de la organización o programa?	¿Cuál es su puesto en la organización?
Firma de la persona que llena este formulario:	Fecha en que se completó y firmó el formulario:

DC | DEPARTMENT of HUMAN SERVICES

Parte C: Voluntariado/servicio comunitario

Sección 1: Información sobre el voluntario y la organización

Su información:

Nombre del voluntario: _____ N.º de caso del DHS: _____ Horas asignadas: _____

Lugar de trabajo/organización elegible: _____ Teléfono de la organización: _____

Dirección de la organización: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sección 2: Horas de voluntariado/servicio comunitario por semana y por mes

Indique el mes, el año, el número de horas de voluntariado realizadas cada semana y el número total de horas realizadas cada mes. Consulte el ejemplo.

Semana		Mayo	2021								
		Mes #	Año	Mes 1	Año	Mes 2	Año	Mes 3	Año	Mes 4	Año
1	*Ejemplo*	4 horas									
2		3 horas									
3		4 horas									
4		1 hora									
5		2 horas									
Total:		14 horas									

Por el presente certifico que la información anterior es verdadera y precisa.

_____ _____ _____

Firma del voluntario | Nombre en letra imprenta del voluntario | Fecha

Sección 3: Certificación de la organización elegible

Por la presente certifico que nuestra organización es una organización sin fines de lucro con estatus 501(c)(3) o 501(c)(4) O una agencia gubernamental federal, estatal o local, y que el voluntario mencionado ha completado las horas indicadas anteriormente.

_____ _____ _____

Firma del voluntario | Nombre en letra imprenta del voluntario _____ | Fecha

Firma (autoridad): _____ Nombre en letra imprenta: Fecha: _____

Tipo de organización: ☐ 501(c)(3) ☐ 501(c)(4) ☐ Agencia gubernamental

Parte C: Voluntariado/servicio comunitario

Quién puede completar el formulario:	El formulario lo puede completar cualquier organización elegible que brinde oportunidades de voluntariado o servicio comunitario al voluntario mencionado en la sección 1. El voluntario puede ingresar las horas para cada semana por mes, pero la organización elegible debe verificar las horas con su firma en la declaración de certificación en la sección 3. Una organización elegible es una organización sin fines de lucro con un estatus 501(c)(3) o 501(c)(4) válido O una agencia gubernamental federal, estatal, local/condal o del Distrito.
Quién debe firmar el formulario:	El voluntario que figura en la sección 1 debe firmar y fechar el formulario en la sección 2. Además, una autoridad que represente a la organización elegible y que tenga conocimiento de las horas de voluntariado debe firmar y fechar el formulario en la sección 3. El Departamento de Servicios Humanos (DHS) podrá ponerse en contacto con la organización elegible para verificar la información contenida en este formulario.
Requisitos generales para completar el formulario:	Todas las secciones de este formulario deben estar completas y ser legibles, y se requiere la firma y la fecha tanto del voluntario como de la autoridad que representa a la organización elegible.