



**CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES**

CUESTIONARIO DE REGISTRO DE TRABAJO Y ABAWD DE CALFRESH

Nombre: _____ **Teléfono:** _____ **Numero De Caso:** _____

SECCIÓN A: PREGUNTAS PARA REGISTRANTES DEL TRABAJO/CFET	COUNTY USE ONLY
<ol style="list-style-type: none"> ¿Es menor de 16 o mayor de 59 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está en la escuela, institución de educación superior u otro programa de entrenamiento al menos medio tiempo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está empleado trabajando más de 30 horas a la semana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está trabajando por cuenta propia con ganancia más de \$217.50 (bruto) por semana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha solicitado desempleo o está recibiendo beneficios de desempleo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha determinado un doctor que usted esta física o mentalmente incapaz de trabajar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está participando en el programa de entrenamiento de bienestar-al-trabajo? (WTW) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es usted responsable por el cuidado de un niño menor de 6 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es usted responsable por el cuidado de una persona incapacitada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está participando en un programa de tratamiento de drogas o alcohol que le impide trabajar más de 30 horas a la semana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 	<p>SECTION A</p> <p>Q 1-10 If Yes to ANY: CFET Exempt</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> CFET Exempt No <input type="checkbox"/> To ALL, Work Registrant & Potential ABAWD</p> <p>To Calculate Gross Income Use Federal Min Wage, \$7.25</p> <p>ERS ACTIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Scan DSS CF 600 to case ✓ Enter Case Comment regarding Work Registrant. ✓ Use CF 440 if disability verification is needed. <p>Note: If CFET Exempt, also ABAWD Exempt.</p>
SECCIÓN B: ADULTO SANO SIN DEPENDIENTES (ABAWD)	SECTION B
<ol style="list-style-type: none"> ¿Es menor de 18, o mayor de 49 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está viviendo en un hogar con un niño menor de 18 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está embarazada? ➤ Si contesto si, ¿cuál es la fecha estimada de concepción? _____ ¿Está recibiendo o ha solicitado cualquier beneficio por discapacidad que se enumeran a continuación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o jubilación, sobrevivientes y seguro de incapacidad (RSDI) <input type="checkbox"/> Beneficios de Incapacidad para Veteranos <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) ➤ Si contesto si, ¿Cuándo aplico? _____ ¿Está en el programa de SSI actualmente en un estado de no-pago? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es usted incapaz de trabajar debido a enfermedad o incapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es usted considerado un refugiado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está participando en el Programa de La Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está usted considerado por ORR matriculado por lo menos medio tiempo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está sin hogar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está luchando contra el abuso de drogas o alcohol? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está usted víctima de Violencia Domestica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 	<p>Q1-Q9, if YES: ABAWD Exempt</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> ABAWD Exempt No <input type="checkbox"/> ABAWD</p> <p>Q10-Q12: Reminder: These are indicators only and must be tied to a physical or mental unfitness to be ABAWD Exempt</p> <p>ERS ACTIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ If SSA, verify MEDS. If no info in MEDS, ERS to submit a SSA information request. ✓ Scan DSS CF 600 to case ✓ Enter Case Comment's regarding Work Registration & ABAWD status. ✓ If ORR, obtain verification from ORR Training Program.

CCIÓN C: EDUCACIÓN

- ¿Es usted entre 18 a 49 años, asiste el colegio, programa de entrenamiento laboral, o una institución de aprendizaje superior al menos ½ tiempo o más? Si No
 ➤ Si contesto si, Nombre _____
 (NOMBRE DE COLEGIO O ENTRENAMIENTO LABORAL)
- ¿Tiene un diploma de preparatoria o certificado de educación general (GED)? Si No

SECCIÓN D: EMPLEO

- ¿Está trabajando? Si No
 ➤ Si contesto si, ¿cuántas horas por semana? _____ Cuantas horas por mes? _____
 ¿Si no está trabajando, cuando termino su ultimo empleo? _____
- ¿Es trabajador/a de trabajo por cuenta propia? Si No
 ¿Qué es su ingreso mensual bruto? _____
- ¿Ha sido temporalmente descansado de su trabajo? Si No
 Si, me descansaron él _____, (fecha) Espero regresar al trabajo el _____, (fecha)
- ¿Está participando en servicios voluntarios en la comunidad? Si No
 ➤ Si contesto si, ¿cuántas horas por semana? _____ Cuantas horas por mes? _____

SECCIÓN E: SERVICIOS DE APOYO CFET

- ¿Qué tipo de transportación tiene? Carro propio Autobús Otro
- ¿Necesita ayuda con uno o más de lo siguiente? Si No
 Transportación Problemas Legales Crisis familiar
 Describa su necesidad _____
- ¿Desea ayuda con la recuperación de alcohol o drogas? Si No
- ¿Le gustaría ayudar a mejorar su lectura y/o habilidades de comunicación? Si No
- ¿Tiene su diploma de preparatoria (High School) o certificado de educación general (GED)? Si No
- ¿Si Ingles no es su idioma principal, le gustaría aprender inglés? Si No
- ¿Le gustaría participar en el programa de CFET? es un programa voluntario que le ayuda a adquirir habilidades, herramientas y capacitación necesarias para un trabajo. Si No

SECTION C

- Q 1-YES**
 Determine CF Student Eligibility
- Q 3-If NO**
 Offer CFET for GED

SECTION D

- Check appropriate box below
 Is Applicant/ Client Meeting ABAWD work requirement hours? (20 per week or 80 per month)
 Yes No

SECTION E

- Check appropriate box below
 Is Applicant interested in CFET?
 Yes No
- Check off appropriate box below:
CFET Volunteer
 Yes No
- CFET 599 Given or Reviewed Information**
 Yes No

COUNTY USE ONLY

If participant is subject to ABAWD work requirement (20 hrs per week average or 80 hrs per month), offer activities below:

Work Activities	CFET Activities
<input type="checkbox"/> Employment	<input type="checkbox"/> Workfare
<input type="checkbox"/> Earned In-kind Income	<input type="checkbox"/> Work Experience
<input type="checkbox"/> WIOA Programs	<input type="checkbox"/> Education
<input type="checkbox"/> Community Service/Volunteer	<input type="checkbox"/> Vocational Training
	<input type="checkbox"/> Job Club (max of 9 hours per week)

ERS NAME: _____ ERS #: _____ DATE: _____

ABAWD Work Requirement: Yes No Activity or Activities: _____
 CFET Volunteer: Yes No Activity or Activities: _____

Funding provided in part of United State Department of Agriculture (USDA).
 USDA is an Equal Opportunity Provider, Employer, and Lender.