

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

B2W Partnership Opportunity Referral Letter

Back to Work (B2W) vendors and their educational service partners provide services to help applicants/participants find and keep jobs. Based upon the completion of your educational testing and Employability Plan, you have been assigned to the Partnership Opportunity Program.

The B2W Partnership Opportunity program is designed to prepare you for work by giving you the opportunity to gain education training skills. You will receive carfare and childcare as long as you are fully participating in the program. Your appointment is indicated below.

This is a mandatory appointment. If you do not keep your appointment or do not participate as required, your application for Cash Assistance (CA) and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be denied. If you currently receive CA or SNAP benefits, those benefits may be reduced or your case may be closed. Failure to comply with CA work requirements has no effect on your Medicaid eligibility. There are no work requirements for Medicaid. If you have an emergency or need to reschedule this appointment, please call the telephone number listed below prior to your reporting time to arrange another appointment.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Travel Directions:

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo del Caso: _____
Unidad de Casos: _____

Carta de Envío de Oportunidad de Asociación de B2W

Los contratistas de Vuelta al Trabajo (B2W) y sus socios de servicio educacional brindan servicios para ayudar a los solicitantes/participantes a conseguir y conservar trabajos. A raíz de la finalización de sus exámenes de educación y de su Plan de Empleabilidad, a usted se le ha asignado al Programa de Oportunidad de Asociación.

El Programa de Oportunidad de Asociación de B2W se ha creado para habilitarle para trabarar al brindarle la oportunidad de desarrollar aptitudes académicas. Usted recibirá dinero para transporte y cuidado infantil, siempre que participe plenamente en el programa. Su cita se indica más abajo.

Esta cita es obligatoria. Si usted no cumple su cita o no participa como estipulado, su solicitud de beneficios de Asistencia en Efectivo (CA) y/o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) se puede denegar. Si usted actualmente recibe beneficios de CA o de SNAP, dichos beneficios pueden ser reducidos o su caso puede ser cerrado. El incumplimiento de los requisitos de trabajo de CA no afecta su elegibilidad de Medicaid. No existen requisitos de trabajo para Medicaid. En caso de que se le presente una emergencia o si necesita reprogramar esta cita, favor de llamar al números más abajo, antes de su hora de presentarse para concertar su otra cita.

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indicaciones de Viaje: