



**Asistencia Familiar Work First
Acuerdo del Beneficiario Protector**

Fecha: _____

Acuerdo ser el beneficiario protector del pago de *Asistencia Familiar Work First* correspondiente a:

Nombre del titular del caso/Padre del menor
al beneficiario protector

Fecha de vigencia de los pagos

Número de Id. del caso

Caso del condado

Como beneficiario protector de la familia, también acuerdo ayudar con lo siguiente:

1. Asegurar que el pago de *Asistencia Familiar Work First* se use para satisfacer las necesidades de la familia y para garantizar el cumplimiento del Acuerdo de Responsabilidad Mutua a nombre del titular del caso/padre del menor;
2. Trabajar en estrecha relación con la familia para ayudarla a asumir la responsabilidad de administrar el pago adecuadamente;
3. No hablar sobre ningún aspecto de la situación de la familia con nadie que no sea un representante del departamento de servicios sociales del condado o de la División de Servicios Sociales;
4. Analizar periódicamente con el departamento de servicios sociales del condado si hay necesidad de que la familia continúe con un beneficiario protector; y
5. Respetar los derechos de la familia y la naturaleza confidencial de la relación de la familia con el departamento de servicios sociales.

Firma del beneficiario protector

Fecha

Firma del Director de Servicios Sociales del Condado
O la persona que designe

Fecha

Distribución: Original en el expediente del caso

Copias para: El beneficiario protector

La familia beneficiaria de la *Asistencia Familiar Work First*

DSS-1665sp (Rev. 11/08)

Sección de Servicios de Asistencia Familiar y Bienestar Infantil