



# CalWORKs Servicios de Empleo y Entrenamiento



Trabajadora: Cameron

# Introducción

# Nuestra meta...

- ▶ ¡Ayudar a alcanzar **sus** metas!



Trabajadora: Sandy

# ¿Qué lo trae aquí?



LE IMPORTA EL  
FUTURO DE SU  
FAMILIA



PARA BENEFICIARSE  
DE LAS  
OPORTUNIDADES  
QUE PROVEEMOS



ES REQUERIDO  
PARA RECIBIR  
AYUDA  
MONETARIA



**¡TODAS ESTAS SON  
BUENAS RAZONES!**

**QUE BUENA IDEA**



Supervisora: Lisha

¡Todo  
comienza  
con **SUS**  
metas!

- Explore lo que es **importante para usted** y su familia.
- ¡Estamos aquí para ayudar a establecer y alcanzar **sus metas**!

**SI EL PLAN.**  
*no funciona*  
**CAMBIA**  
**EL PLAN**  
*pero no cambies*  
**LA META.**

Directora del  
programa: Katy

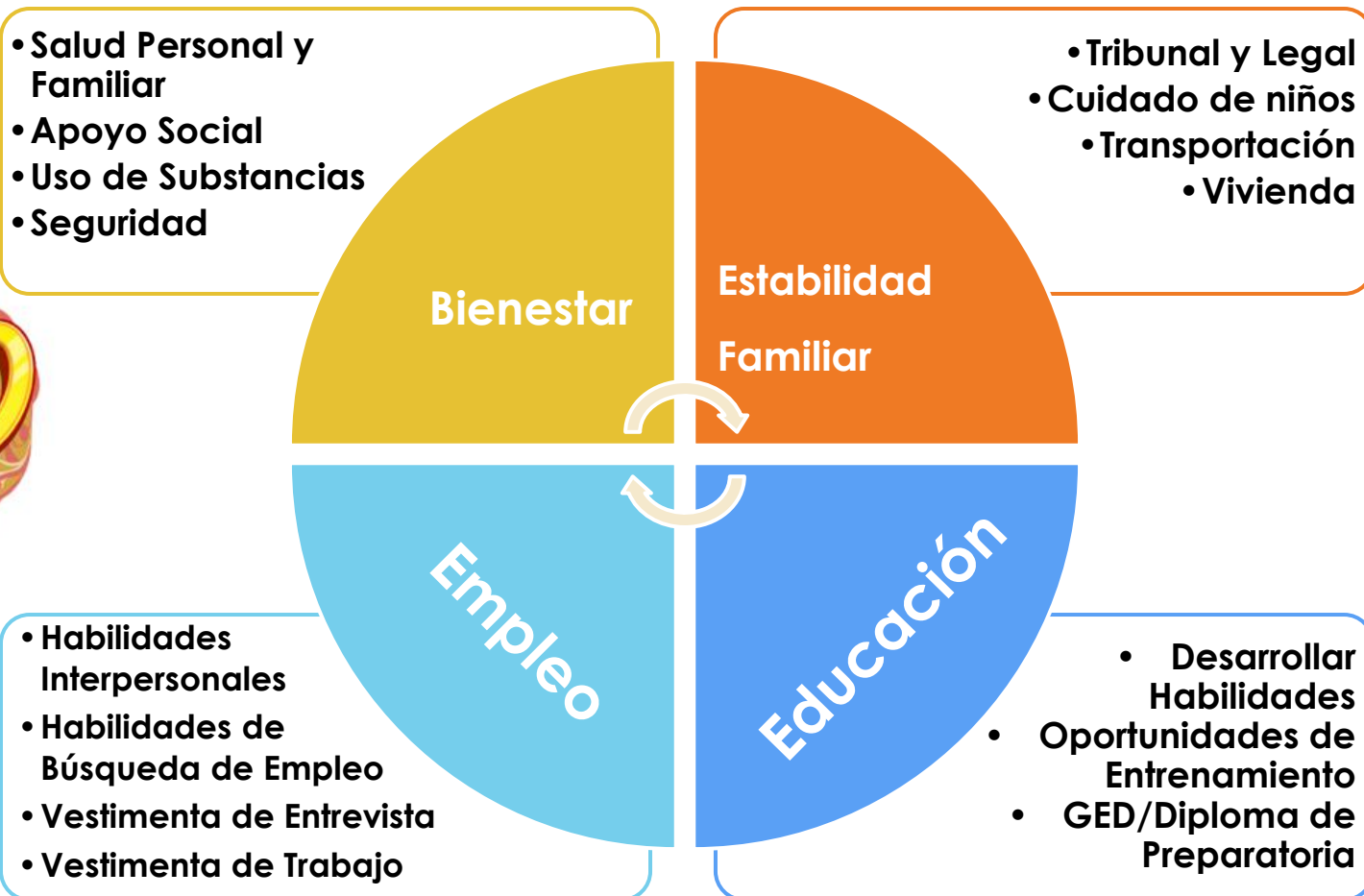


**¡EXCELENTE!**

# Nos enfocamos en 4 áreas clave de vida...



Supervisora: Zara



# Cosas que debe considerar mientras repasamos esta orientación...



Supervisora:  
Lydia



# Presentando a su equipo...

## Especialista de Entrenamiento y Empleo

- Ayuda a crear un plan y a establecer metas
- Recomienda cuidado de niños, vivienda, asistencia legal, consejería y más

## Equipo de Representantes de Beneficios

- Ayuda a acceder y administrar los beneficios de CalWORKs

## Trabajador Social

- Ayuda a dominar el estrés

**¡Todos hacemos  
nuestra parte!**



Trabajadora: Nancy

# Sus responsabilidades...



**MANTENER EL PROGRESO  
MIENTRAS SEA PARTE DEL  
PROGRAMA**



**ASISTIR A TODAS  
SUS CITAS Y LLEGAR  
A TIEMPO**



**SOMETER LOS  
DOCUMENTOS DE  
ELEGIBILIDAD A  
TIEMPO**



**MANTENER LA  
COMUNICACIÓN  
ABIERTA**



Analista: Josie

# ¿Qué sigue?

¡Establezca  
una meta hoy  
para su  
próxima cita!

Cita "Para  
conocerlo/a"

Desarrollar su  
plan

Sesión de  
Exploración  
de Carrera

Trabajadora: Krystal



# ¡Establezcamos su meta primero!

## META

¿Qué quiero hacer?

Visualizar el resultado.

## PLAN

¿Cómo lo haré?

¿Qué podría estar en mi camino?

¿Qué podría hacer para superar estos desafíos?

## HACER

¿Qué pequeño primer paso voy a dar?

¿Cómo me recompensaré?

¿Con quién me registraré?

¿Qué me ayudará a mantenerme alentado y en el buen camino?



Trabajadora: Natalie

# ¡Ánimo!



Trabajadora: Sandy

## Participación en el programa

# Aprovechar al máximo el tiempo limitado con CalWORKs...

Hay un límite de tiempo de 60 meses para recibir la ayuda monetaria de CalWORKs

Hay varias actividades para elegir durante sus 60 meses en el programa

Si es necesario, los niños elegibles pueden continuar recibiendo su porción de ayuda monetaria después de que la ayuda a los padres se agote



Trabajador: Brian

# Algunas situaciones pueden detener su reloj de tiempo en CalWORKs...



Cuida de un bebé de 0-23 meses de edad (una vez solamente)

Tiene una discapacidad que se espera que dure al menos 30 días

Cuida a alguien en casa que es incapaz de cuidarse a sí mismo/a

Estás pasando por una crisis

Esta embarazada y no puede trabajar

Usted es un pariente encargado de un menor de edad

Es menor de 16 años o mayor de 60 años

Tiene entre 16-18 años de edad y va a la escuela tiempo completo

**¡Incluso si califica para una exención, aún puede optar por ser voluntario y beneficiarse de nuestros servicios y apoyo!**

# ¿Cómo es la participación?

- ¡Encuentre y sea parte de actividades que mejor se alineen con sus metas!

| Tipo de Familia                                     | Requisito de Horas por Semana |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| Padre/madre soltero/a con un niño/s menor de 6 años | 20                            |
| Padre/madre soltero/a con un niño/s mayor de 6 años | 30                            |
| Familia con ambos padres                            | 35                            |



# Reporte de Actividad Mensual

16



Trabajadora:  
Sandra

## Su Reporte de Actividad Mensual...

da seguimiento a su participación mensual basado en el tipo de actividad

se completa mensualmente por cada adulto participante

se entrega a su trabajador cada día 5 del siguiente mes

puede completarse fácilmente y enviarse electrónicamente

**CONDADO DE SANTA CRUZ**  
**CalWORKs**  
SERVICIOS DE EMPLEO

**REPORTE DE ACTIVIDAD MENSUAL**

| NOMBRE DE PARTICIPANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE CASO       | HORAS DEL PLAN | MES                              | AÑO | ETS                 |             |        |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------------------|-----|---------------------|-------------|--------|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|-----------------------------------------------|----------------------|--|----------------------------------|--|---------------------|--|--------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD 1</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si otra, especifique:</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> <tr> <td>Método de verificación – solo se requiere uno</td> <td colspan="2">Nombre de proveedor:</td> <td colspan="2">Número de teléfono de proveedor:</td> <td colspan="2">Firma de proveedor:</td> <td colspan="2">Fecha:</td> <td colspan="8">Total: 0.00</td> </tr> </tbody> </table> |                      |                |                                  |     |                     | ACTIVIDAD 1 | 1      | 2  | 3           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Si otra, especifique: | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | Método de verificación – solo se requiere uno | Nombre de proveedor: |  | Número de teléfono de proveedor: |  | Firma de proveedor: |  | Fecha: |  | Total: 0.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                    | 2              | 3                                | 4   | 5                   | 6           | 7      | 8  | 9           | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Si otra, especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 17                   | 18             | 19                               | 20  | 21                  | 22          | 23     | 24 | 25          | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Método de verificación – solo se requiere uno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de proveedor: |                | Número de teléfono de proveedor: |     | Firma de proveedor: |             | Fecha: |    | Total: 0.00 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD 2</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si otra, especifique:</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> <tr> <td>Método de verificación – solo se requiere uno</td> <td colspan="2">Nombre de proveedor:</td> <td colspan="2">Número de teléfono de proveedor:</td> <td colspan="2">Firma de proveedor:</td> <td colspan="2">Fecha:</td> <td colspan="8">Total: 0.00</td> </tr> </tbody> </table> |                      |                |                                  |     |                     | ACTIVIDAD 2 | 1      | 2  | 3           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Si otra, especifique: | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | Método de verificación – solo se requiere uno | Nombre de proveedor: |  | Número de teléfono de proveedor: |  | Firma de proveedor: |  | Fecha: |  | Total: 0.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                    | 2              | 3                                | 4   | 5                   | 6           | 7      | 8  | 9           | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Si otra, especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 17                   | 18             | 19                               | 20  | 21                  | 22          | 23     | 24 | 25          | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Método de verificación – solo se requiere uno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de proveedor: |                | Número de teléfono de proveedor: |     | Firma de proveedor: |             | Fecha: |    | Total: 0.00 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD 3</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si otra, especifique:</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> <tr> <td>Método de verificación – solo se requiere uno</td> <td colspan="2">Nombre de proveedor:</td> <td colspan="2">Número de teléfono de proveedor:</td> <td colspan="2">Firma de proveedor:</td> <td colspan="2">Fecha:</td> <td colspan="8">Total: 0.00</td> </tr> </tbody> </table> |                      |                |                                  |     |                     | ACTIVIDAD 3 | 1      | 2  | 3           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Si otra, especifique: | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | Método de verificación – solo se requiere uno | Nombre de proveedor: |  | Número de teléfono de proveedor: |  | Firma de proveedor: |  | Fecha: |  | Total: 0.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                    | 2              | 3                                | 4   | 5                   | 6           | 7      | 8  | 9           | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Si otra, especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 17                   | 18             | 19                               | 20  | 21                  | 22          | 23     | 24 | 25          | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Método de verificación – solo se requiere uno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de proveedor: |                | Número de teléfono de proveedor: |     | Firma de proveedor: |             | Fecha: |    | Total: 0.00 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD 4</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si otra, especifique:</td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> <tr> <td>Método de verificación – solo se requiere uno</td> <td colspan="2">Nombre de proveedor:</td> <td colspan="2">Número de teléfono de proveedor:</td> <td colspan="2">Firma de proveedor:</td> <td colspan="2">Fecha:</td> <td colspan="8">Total: 0.00</td> </tr> </tbody> </table> |                      |                |                                  |     |                     | ACTIVIDAD 4 | 1      | 2  | 3           | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | Si otra, especifique: | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | Método de verificación – solo se requiere uno | Nombre de proveedor: |  | Número de teléfono de proveedor: |  | Firma de proveedor: |  | Fecha: |  | Total: 0.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVIDAD 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                    | 2              | 3                                | 4   | 5                   | 6           | 7      | 8  | 9           | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Si otra, especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 17                   | 18             | 19                               | 20  | 21                  | 22          | 23     | 24 | 25          | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Método de verificación – solo se requiere uno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de proveedor: |                | Número de teléfono de proveedor: |     | Firma de proveedor: |             | Fecha: |    | Total: 0.00 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                               |                      |  |                                  |  |                     |  |        |  |             |  |  |  |  |  |  |  |

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California que los hechos contenidos en este informe son verdaderos, correctos, y completos.

Firma de participante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Por favor explique ausencias aquí:

**SOLAMENTE PARA USO DE PERSONAL DEL CONDADO**

Verificación de ETS \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Total mensual: \_\_\_\_\_ 0.00

# Actividades y oportunidades del programa...



Trabajadora: Mary Ellen

Empleo

Búsqueda de  
empleo

Sesión de  
Exploración de  
Carrera

Experiencia  
Laboral/  
Voluntariado

Estabilización  
Familiar

Educación

Aprendizaje a  
distancia

Entrenamiento  
Vocacional y  
Horas de Estudio

**Y más...**



Citas con su Trabajador



Citas de consejería



Clases para padres



Servicios de Niños y Familias



Servicios de violencia domestica



Servicios de abuso de sustancias



Trabajo voluntario/Servicio comunitario



Servicios legales

18

¡El tiempo dedicado a actividades **aprobadas por el condado** también pueden contar para su objetivo de participación!

¡Tú puedes hacerlo!



Trabajadora: Rosie

# Sabemos que en ocasiones, las cosas no son como planeamos...

Si usted pasa por un momento difícil y se le dificulta participar o desarrollar su plan, comuníquese con su trabajador.

Puede calificar para una excepción, servicios adicionales, o podemos ayudarle a establecer metas.

**¡Estamos de su lado, y estamos aquí para ayudarle!**



Analista: Brenda



Supervisora: Lisha

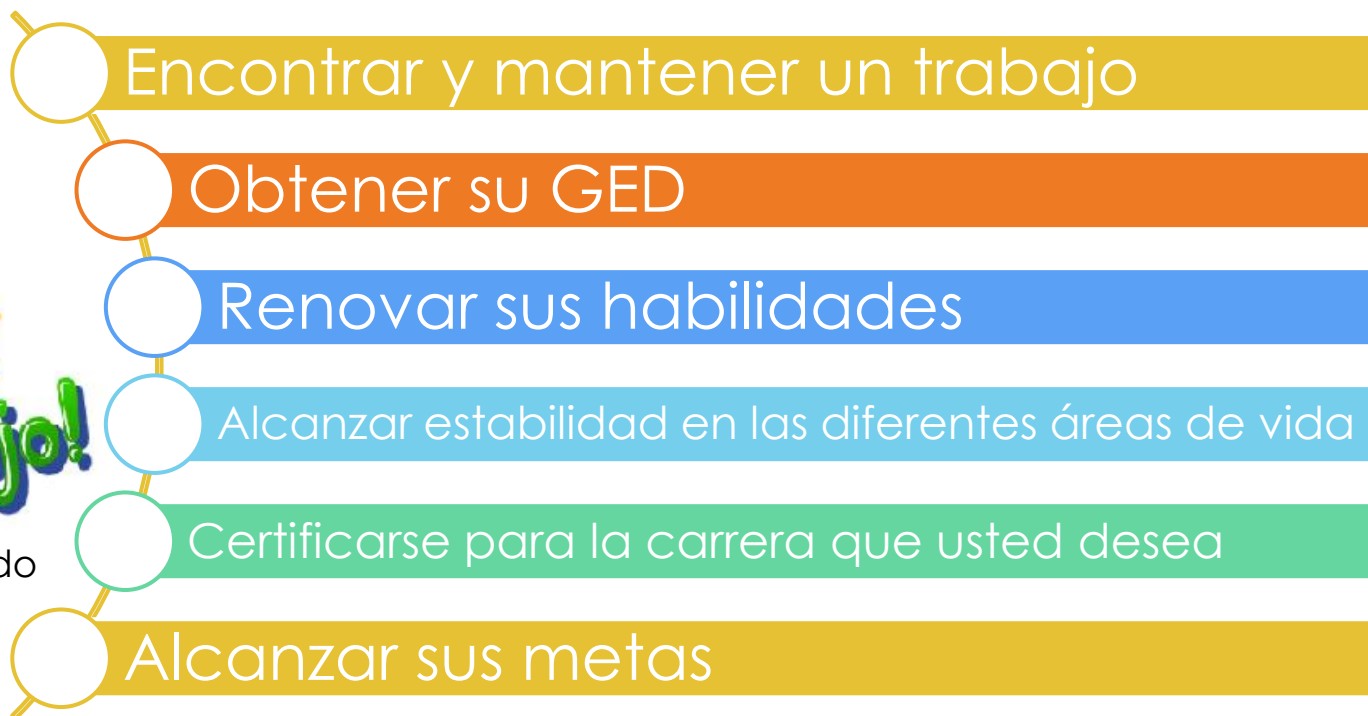
## Oportunidades y servicios de apoyo

# Oportunidades disponibles para usted...

- Dependiendo de las metas que **usted** establezca, algunos posibles resultados son:



Trabajador : Eduardo

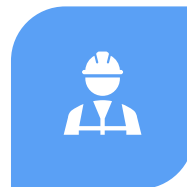




CUIDADO DE  
NIÑOS A TIEMPO  
COMPLETO



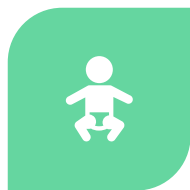
ASISTENCIA PARA  
TRANSPORTACIÓN



COSTOS DE  
TRABAJO



COSTOS DE  
EDUCACIÓN



ASISTENCIA PARA  
PAÑALES



VESTIMENTA  
PARA  
ENTREVISTA



**Y más...**

# Servicios de Apoyo

# Apoya a las Familias sin Hogar

**Si su familia se encuentra actualmente sin hogar, el Condado puede ayudar de las siguientes maneras:**

- ▶ Asistencia temporal para personas sin hogar (THA): Familias de CalWORKs que necesitan albergue nocturno pueden calificar para 16 días de THA en un período de 12 meses.
- ▶ Asistencia con la unidad de almacenamiento: Hasta 12 meses de asistencia para cubrir el costo de una unidad de almacenamiento para almacenar sus pertenencias.
- ▶ Recomendaciones a programas de asistencia de Vivienda.

**Las familias sin hogar que encuentran vivienda pueden ser elegibles para recibir asistencia limitada adicional:**

- ▶ Depósito de alquiler
- ▶ Apoyo al alquiler
- ▶ Muebles y electrodomésticos

\* Esta asistencia depende en la disponibilidad de fondos.



Trabajadora: Angie

# Programa de Estabilización Familiar

Pida una referencia para Estabilización Familiar si usted o alguien en su familia experimenta estrés en alguna de las siguientes áreas:

- ▶ Falta de vivienda
- ▶ Abuso domestico
- ▶ Abuso de sustancias (alcohol o droga)
- ▶ Cuestiones relacionadas con la corte
- ▶ Salud emocional o mental
- ▶ Salud física
- ▶ Clases para padres



Trabajador  
a Social:  
Victoria



Supervisora de  
Trabajadoras  
Sociales: Barri

# ¿Necesita ayuda para solicitar beneficios de incapacidad?

Si usted, su pareja o su niño/a tiene una incapacidad y quiere solicitar el Ingreso de Seguro Suplemental (SSI)...

¡Nuestro promotor de SSI le puede ayudar con el proceso!

¡Hablemos al respecto y le daremos una referencia!



Promotora de SSI: Carmen

# ¿Necesita ayuda con el cuidado de niños?



Especialista en  
cuidado infantil: Rosa

Una vez que su caso de CalWORKs es aprobado, cuidado de niños de **tiempo completo** esta disponible para niños en CalWORKs hasta la edad de 12 años.



Para niños de entre 11 y 12 años, inscripción en un programa de antes o después de escuela para cuidado de niños es preferible.



Directora  
del  
programa:  
Katy



Trabajadora: Karina

# Oportunidades de Empleo Subsidiado

Tenemos programas de empleo pagado que lo ayudará a desarrollar sus habilidades, expandir su currículo y mejorar su experiencia de trabajo.

## Goodwill

### Programa de Empleo Subsidiado

- Para participantes con experiencia de trabajo limitada
- Programa de trabajo pagado de 16 semanas en las tiendas Goodwill locales
- Incentivo por finalizar exitosamente = \$100

## SmartHIRE

### Programa de Empleo Subsidiado

- Para participantes con experiencia de trabajo limitada
- Incentivo de \$100 después de 6 meses de empleo



# Oportunidades de Entrenamiento

¿Está pensando en una nueva carrera?  
¿Necesita entrenamiento para mejorar sus habilidades?

Si es así, **usted está en el lugar correcto!**

El Condado puede ofrecer becas para entrenamientos aprobados en una variedad de campos. Algunos ejemplos son:

- Dental
- Cuidado de salud
- Administrativo
- Transportación
- Tecnología
- Y más...



Analisto: Taylor



# Oportunidades de Empleo para Jóvenes

¿Tiene un adolescente (de 16 a 18 años) que quisiera encontrar un trabajo?

**Podemos conectar a su adolescente con los siguientes servicios:**



- Experiencia laboral pagada
- Oportunidades para ganar incentivos en efectivo
- Exploración de carreras
- Desarrollo de habilidades laborales
- Desarrollo de currículum profesional
- Práctica de aptitudes de entrevista
- Servicios de apoyo (ej. Vestimenta, transportación)

**¡Avíseme y puedo hacer una referencia para su adolescente hoy o en cualquier momento!**

# Prosperar a los 5

## Servicios para mujeres embarazadas y familias con niños de 0-5

- ▶ La inscripción proporciona acceso a lo siguiente:
  - ▶ Colaboración con una enfermera de familia (Tu propia enfermera)
  - ▶ Early Head Start (Recursos de desarrollo infantil)
  - ▶ Consejería individual o familiar
  - ▶ Recursos educativos para padres
  - ▶ Terapia de juego



Trabajadora Social: Sarah



Trabajadora Social: Yoonie

# ¡A celebrar!

- ▶ ¡Una vez que alcance su meta, infórmele a su equipo para poder celebrar con usted!
- ▶ ¡Alcanzar ciertos objetivos lo puede calificar para incentivos monetarios adicionales!



Director: Andy

## Servicios de Retención Laboral

El empleo abre puertas adicionales para servicios de apoyo que le pueden ayudar a seguir con su éxito en el futuro.

**Estos servicios incluyen:**



Transportación



Costos de Empleo



Servicios de Administración de Casos



Referencias a cuidado de niños

**BRavo**



Trabajadora:  
Krystal

# ¿Preguntas?

Para preguntas de elegibilidad de CalWORKs, por favor llame a un Representante de Beneficios al 1-888-421-8080.

Si su ETS asignado no está disponible y necesita ayuda, llame al 831-454-4274 y deje un mensaje para el trabajador del día.

También puede enviar un correo electrónico a [hsd.cwes@santacruzcountycal.gov](mailto:hsd.cwes@santacruzcountycal.gov) para obtener ayuda.



Información adicional:  
<https://santacruzhumanservices.org/EmploymentBenefits>



Trabajadora: Sandy