

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
PROGRAMA ASISTENCIA NUTRICIONAL

CERTIFICACION DE GESTIONES DE EMPLEO

Núm. Seguro Social Jefe
Unidad Familiar

El Sr. (a) _____ número de seguro social _____
es participante del Programa de Asistencia Nutricional en la Oficina Local de _____

Es requisito de este Programa que el participante efectúe gestiones para obtener empleo y presente evidencias de tres patrones visitados. Solicitamos complete la información requerida en este formulario, cuando la persona en referencia acuda a la empresa a buscar empleo.

Firma empleado

Teléfono

Fecha entrega

USO PATRONOS

FECHA VISITA	NOMBRE PATRONO	DIRECCION PATRONO	TELEFONO	CODIGO DE ACCION	FIRMA PATRONO O REPRESENTANTE

* **CODIGO DE ACCION**

- 1. Fue empleado
- 2. Radicó solicitud de empleo
- 3. No hay vacantes
- 4. No cualifica para empleo

USO OFICINA LOCAL

Fecha recibido

Firma empleado

El Departamento de la Familia garantiza igualdad de oportunidades. Si considera que el Programa de Asistencia Nutricional ha discriminado contra usted por razón de raza, color, origen nacional, edad o incapacidad, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights Room, 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20250-9410. Para información sobre el Programa llame libre de cargos al 725-7262, Isla 1-800-981-8056.