

## EXENCIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE (TRE por sus siglas en inglés)

El propósito de este formulario es informar que un participante decide que desea recibir el pago de otra agencia, programa o entidad de capacitación en lugar de recibir el dinero correspondiente a los Gastos de Transporte (TRE) del Programa de Empleo y Capacitación para la Asistencia de Alimentación Suplementaria (SNA E&T). El personal del SNA E&T llenará toda la información y el participante firmará y colocará la fecha una vez que haya leído y entendido la declaración certificada que aparece al final de la página.

Nombre Del Participante Del SNA E&T (*Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre*) \_\_\_\_\_

Núm. De ID Del JAS \_\_\_\_\_ Núm. De ID Del AZTECS \_\_\_\_\_

Nombre Del Especialista Del SNA E&T \_\_\_\_\_

Tipo De Capacitación O Actividad \_\_\_\_\_

La Capacitación O Entrenamiento Tendrá Lugar En (*No., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Yo elijo recibir los pagos del Acto de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA por sus siglas en inglés), Rehabilitación Vocacional (VR por sus siglas en inglés) u otro tipo de capacitación o actividad que pueda requerir del dinero que recibo como pago, en lugar de recibir los pagos del SNA E&T TRE.

Yo Elijo Recibir (*Marque uno solo*)      WIOA Pago de Acuerdo con la Necesidad      VR Mantenimiento o Transporte  
Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN CERTIFICADA

Yo entiendo que cualquier pago de Gastos Relacionados con el Transporte que yo reciba, puede provenir de fondos federales o del estado. Yo entiendo también que la ley contempla penalizaciones por malas interpretaciones intencionales o por ocultar hechos materiales con la finalidad de obtener pagos que no me corresponden. No recibiré ningún dinero por concepto de Gastos de Transporte a excepción de lo que está indicado arriba.

Firma Del Participante Del SNA E&T \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Del Especialista Del SNA E&T \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Distribución: Original – Registro del Caso (*el original quedará archivado en el registro del caso hasta que éste se destruya.*); Copia – Participante

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.