Дата _____

ФИО клиента: _____
Адрес: _____
_____
_____

Предоставление Вам денежных пособий по программе услуг трудоустройства прекратится _____. Вы не имеете права на получение этих льгот по одной из следующих причин:

- ❑ Вы не работаете минимум 30 часов в неделю на несубсидируемой позиции.
- ❑ Вы снова начали получать денежное пособие по программе WorkFirst/SFA.
- ❑ Вы не проживаете в штате Вашингтон.
- ❑ Высланные Вам чеки были возвращены почтовой службой ввиду отсутствия адресата.

См. Административный кодекс штата Вашингтон, раздел 388-310-2100.

Если Вы считаете, что наша информация неверна, или если Вы снова начали работать, Вы можете позвонить консультанту программы трудоустройства Career Services по тел. 1-800-339-3981.

Сотрудник программы может:

- Разъяснить требования и ответить на все вопросы.
- Проверить, соответствуете ли Вы требованиям для участия в программе.
- Оказать Вам содействие в подаче апелляции.
- Оказать услуги по трудоустройству.
- Восстановить Ваше участие в программе при условии получения Вами новой работы в течение текущего месяца.

Вы можете просить о проведении слушания, если Вы не согласны с причиной для прекращения предоставления Вам льгот программы услуг трудоустройства Career Services. У Вас есть право прийти на назначенное слушание в сопровождении адвоката или любого иного лица. Для запроса о проведении административного слушания заполните нижеприведённую форму и отправьте почтой по адресу:

Office of Administrative Hearings
PO Box 42489
Olympia, WA 98504-2489

ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ ПО ДЕЛУ О ЗАЯВЛЕНИИ В ПРОГРАММУ ТРУДОУСТРОЙСТВА CAREER SERVICES

Отделение WorkSource, которое рассматривало Ваше дело:	Номер телефона: Междугородный код ( )	Номер социального обеспечения
Имя и фамилия печатными буквами	Подпись:	Дата:
Настоящим подаю апелляцию, поскольку не согласен (на) с прекращением моего участия в программе и прекращением предоставления мне денежных выплат.		