JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Washington State Department of Social & Health Services

خطة المسؤولية الفردية (IRP)

INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

خطة المسؤولية الفردية في ووركفيرست WorkFirst لصالح:

_____

أفهم التالي:

- أنه مطلوب مني العمل، أو البحث عن عمل، أو التحضير للعمل بدوام كامل لمدة 32 ساعة في الأسبوع على الأقل.
- يجب عليّ القيام بالأنشطة المطلوبة. فإن لم أفعل، سوف أحصل على جزاء ما لم أثبت أنه كان لديّ سبب مقنع. يُسمى هذا أن تكون في وضع عقوبة في ووركفيرست WorkFirst. في حال عقوبتي، هذا يعني:
  - سيتم تخفيض منحتي بنسبة 40% أو حصة شخص واحد، أيهما أكبر.
  - يجب عليّ اتباع خطة (IRP) الخاصة بي لأربعة أسابيع متتالية للخروج من حالة العقوبة.
  - حالما أفعل المطلوب لمدة أربعة أسابيع متتالية، سيتم رفع جزاء عقوبتي بدءاً من أول الشهر الذي يلي الأسابيع الأربعة من المشاركة.
  - سوف تقوم لجنة مراجعة العقوبات بمراجعة حالتي وقد تغلق حالتي إذا بقيتُ في العقوبة لستة أشهر متتالية.
    - في حال إغلاق حالتي من قبل لجنة مراجعة العقوبات، سوف أحتاج إلى إعادة التقديم والمشاركة لمدة أربعة أسابيع متتالية قبل أن أتمكن من الحصول على نقد.
    - في حال تعرضي للعقوبة مرة ثانية، سوف يقوم مجلس مراجعة العقوبات بالمراجعة وقد يغلق حالتي إذا بقيتُ في العقوبة لمدة ثلاثة أشهر متتالية.
- يجب عليّ التعاون مع قسم دعم الطفل أثناء حصولي على إعانات TANF/SFA ما لم يكن لديّ سبب مقنع بعدم التعاون. وقد يساعد التحصيل الناجح لدعم الطفل في تخلصي من حاجتي إلى المساعدة النقدية.
- يمكنني الحصول على إعانات TANF/SFA النقدية لمدة ستين (60) شهراً في حياتي ما لم أؤهل إلى تمديد.
- لقد استخدمتُ _____ شهراً من الإعانات النقدية
- مطلوب مني العمل، أو البحث عن عمل، أو التحضير للعمل بدوام كامل لمدة 32 ساعة في الأسبوع على الأقل.
- في حال عدم تمكني من حضور النشاط المحدد بالجدول، سوف أقوم بالاتصال بالشخص الموجود رقمه أدناه.
- يجب عليّ القيام بالأنشطة التالية للوقت المحدد لكل أسبوع أدناه:

JS-البحث عن عمل

من _____ إلى _____، أوافق على المشاركة بـ _____ ساعة في الأسبوع في أنشطة البحث عن عمل لدى المزوّد المذكور أدناه.

ESD: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

أوافق على الذهاب شخصياً حسب توجيهات مستشار البحث عن الوظيفة الخاص بي وتسجيل دخولي كل يوم للتحقق من حضوري. وسوف أحضر ورش العمل، وأندية الوظيفة، وفعاليات التوظيف، وغيرها من الأنشطة حسب توجيهات مستشار البحث عن الوظيفة الخاص بي.

سوف أتصل بأرباب العمل كل أسبوع حسب توجيهات مستشار البحث عن الوظيفة الخاص بي. وسوف أتتبع فرص العمل التي أحصل عليها من مستشار البحث عن وظيفة وسوف أقبل وظيفة إذا عُرضت عليّ.

في حال لم أحضر حسب التوجيهات، سوف أتصل بالرقم الوارد أعلاه في نفس اليوم وأوضح سبب عدم تمكني من الحضور.

أفهم بأنني إن لم أتصل في نفس اليوم، فسوف تعتبر غياباً من دون عذر وقد ينتج عن غيابين بدون عذر في الشهر عقوبة.

لديّ رعاية الطفل الملائمة والنقل الذين تم عنونتهما.

سوف أقوم أنا ومدير حالتي بمراجعة خطة (IRP) هذه مرة ثانية قبل _____.

توقيع مدير الحالة	التاريخ	توقيعي	التاريخ

هوية JAS	رقم الحالة	هوية العميل

إذا كان هناك سبب مقنع لعدم تمكني من اتباع خطتي، يجب عليّ الاتصال والعمل مع العامل الاجتماعي/المتخصص في برنامج ووركفيرست WorkFirst في أقرب وقت ممكن. من بعض الأمثلة على الأسباب المقنعة:

- تغيّبي عن موعد بسبب مرض أو إخفاق غير متوقع في رعاية طفلي أو النقل؛
- لديّ حالة طوارئ (بدنية، عقلية، أو انفعالية)؛
- وقوعي ضحية عنف أسري؛
- عدم تمكني من إيجاد رعاية ممكنة وملائمة لطفلي في منطقتي للأطفال دون سنّ 13 عاماً؛
- لديّ مشكلة قانونية فورية؛
- لديّ إعاقة أو حالة معينة وقد منعتني من استيفاء متطلبات البرنامج؛ أو
- أنا بالغ أعاني من إعاقة حادة ومزمنة؛
- البيت بحاجة إليّ لرعاية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أو معاق؛
- عمري 55 سنة أو أكبر وأقوم برعاية طفل وأنا لستُ والد(ة) الطفل؛ أو
- إنني بصدد تقديم طلب للحصول على SSI مع ميسر من إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

في حال عدم موافقتي على هذه الخطة، لديّ الحق في طلب مراجعة حالة و/أو جلسة استماع. لطلب جلسة استماع، يجب عليّ الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية المخصص لي أو مكتب جلسات الاستماع الإدارية، على العنوان التالي DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488، خلال 90 يوماً من تاريخ توقيع مدير حالتي أدناه. حصلتُ على نسخة من خطة المسؤولية الفردية الخاصة بي.

توقيع مدير الحالة	التاريخ	توقيعي	التاريخ

شروط سرية

قد يكون بإمكاني الحصول على خدمات دعم لمساعدتي في التقدم في عملي، أو الإبقاء على وظيفتي، أو قبول وظيفة، أو البحث عن وظيفة، أو اتباع خطتي. وإذا لم أوافق على قرار بشأن خدمات الدعم، فيمكنني طلب مراجعة حالة و/أو جلسة استماع. وسوف أطلب من العامل الاجتماعي/المتخصص في برنامج ووركفيرست WorkFirst إذا احتجتُ إلى خدمات دعم مثل:

- تصليح سيارة
- حفاضات
- رخصة/رسوم
- قطع أميال
- شراء ملابس
- نفقات تعليم
- قص الشعر
- أدوات للعمل
- استشارة
- النظافة الشخصية
- تصاريح حافلات
- تنظيم الأسرة

أثناء تطبيق العقوبة عليّ، لا يمكنني الحصول على خدمات الدعم (مثل مال لملابس العمل أو النقل) ما لم أبدأ باتباع خطة (IRP) الخاصة بي.

أفهم بأنه، إذا رفضتُ التعاون مع قسم دعم الطفل (DCS) من دون سبب مقنع، فقد تُخفض منحتي. الأسباب المقنعة تتضمن تهديداً بإيقاع أذية على أطفالي أو عليّ. أفهم أنه أثناء حصولي على مساعدة TANF، فسيتم الاحتفاظ بأية أموال دعم للطفل يتم تحصيلها للتسديد للولاية.

عندما أتوقف عن الحصول على TANF/SFA، سوف تحصّل DCS أموال دعم طفلي وترسلها إليّ ما لم أطلب منهم التوقف. أفهم خدمات الدعم والعقوبات ودعم الطفل.

توقيع مدير الحالة	التاريخ	توقيعي	التاريخ