JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Washington State Department of Social & Health Services

برنامه مسئولیت فرد (IRP) اتاق عمل- دریافت مدارک پزشکی
Individual Responsibility Plan (IRP) - Obtaining Medical Evidence

برنامه مسئولیت فرد WorkFirst برای _____

من می دانم:

- مستلزم هستم که باید کار کنم، دنبال کار بگردم، یا خودم را برای کار آماده کنم.
- من باید فعالیتهای لازم را انجام دهم .اگر این کار را نکنم، جریمه خواهم شد مگر اینکه دلیل قانع کننده ای داشته باشم .به این حالت قرارگرفتن در شرایط تحریم WorkFirst گفته می شود .اگر من تحریم شوم، بدان معنا خواهد بود که:
  - اعانه من به میزان 40درصد یا به اندازه سهم یک نفر -هرکدام که بیشتر باشد -کسر خواهد شد.
  - برای خروج از حالت تحریم باید به مدت چهار هفته متوالی برنامه IRP خودم را دنبال کنم.
  - بعد از آنکه به مدت چهار هفته متوالی آنچه را که لازم است انجام دادم، جریمه تحریم من در آغاز ماه بعد از چهار هفته ای که در برنامه تنبیهی شرکت کردم لغو خواهد سد.
  - اگر من به مدت 4 ماه متوالی در تحریم بمانم ممکن است که پرونده من را ببندند.
    - اگر پرونده من بسته شود، قبل از آنکه بتوانم اعانه ای دریافت کنم باید مجددا درخواست بدهم و دوباره به مدت چهار هفته متوالی مشارکت کنم.
    - درصورتیکه پرونده ام سه (3) بار یا بیشتر مختومه شود، احتمال دارد برای همیشه از دریافت TANF/SFA محروم شوم.
    - از 1 مارس 2007، پرونده من_____ بار به دلیل تحریم WorkFirst بسته شده است.
- من باید در فاصله ای که مزایای TANF/SFA دریافت می کنم با بخش حمایت از کودکان همکاری کنم مگر اینکه من دلیل قانع کننده ای برای همکاری نکردن داشته باشم .دریافت موفق کمکهای مخصوص کودک ممکن است نیاز من به پول را رفع کند.
- من در طول دوران زندگی خود تنها می توانم به مدت 60ماه از مزایای نقدی TANF/SFA استفاده کنم مگر اینکه من شرایط لازم برای تمدید را دشته باشم .
- من از مزایای نقدی به مدت ماه استفاده کرده ام.
- مستلزم هستم که باید کار کنم، دنبال کار بگردم، یا خودم را برای کار آماده کنم. اگر من نتوانم در یک فعالیت از پیش برنامه ریزی شده شرکت کنم، از طریق شماره های زیر با شخص مورد نظر تماس خواهم گرفت.
- من باید فعالیتهای زیر را به مدت تعیین شده در زیر در هر هفته انجام دهم:

اتاق عمل- دریافت مدارک پزشکی

من می‌دانم که دارای مشکلات جسمانی، روحی یا عاطفی هستم که ممکن است در توانایی من برای مشارکت در برخی از فعالیت‌های WorkFirst یا کار اخلال ایجاد کند. من با دریافت مدارک پزشکی از متخصصان امور پزشکی جهت کمک به متخصص برنامه WorkFirst یا مددکار اجتماعی خود در زمینه بازبینی مشکلات سلامتی‌ام و ایجاد برنامه مسئولیت فرد طبق نیازهای و محدودیت‌های خود موافقت می‌کنم.

1. فرم تکمیل شده DSHS 10-353، درخواست مدارک برای فرم شرایط از کار افتادگی/ دشواری و مضیقه یا مدارک دیگر از سوی متخصص امور پزشکی که حاوی موارد زیر باشد:
   a. تشخیص پزشکی درباره من؛
   b. مدت زمانی که انتظار می‌رود مشکلات سلامتی من به طول بیانجامد؛
   c. محدودیت‌های خاصی که از مشکلات سلامتی من ناشی می‌شود؛
   d. هرگونه برنامه درمانی خاص که برای رسیدگی به مشکلات سلامتی من طراحی شده باشد؛ و
   e. میزان ساعتهای هفتگی که قادرم کار کنم، در جستجوی کار باشم یا برای کار آماده شوم.
2. جدول نشان‌دهنده شرایط پزشکی کنونی‌ام است مگر اینکه انتظار برود این شرایط 3 ماه یا کمتر به طول بیانجامد.

می‌دانم که DSHS در صورت نیاز هزینه سوابق پزشکی را پرداخت خواهد کرد. موافقت می‌کنم که مدارک پزشکی را تا تاریخ _____ به متخصص برنامه WorkFirst یا مددکار اجتماعی که نام آنها در زیر آمده است بازگردانم.

اگر من دلیل قانع کننده ای برای عدم پیروی از این برنامه داشته باشم، باید با متخصص برنامه WorkFirstخود /مددکار اجتماعی خود در سریعترین زمان ممکن تماس بگیرم و با او همکاری های لازم را بکنم .شماری از دلایل قانع کننده می تواند موارد زیر باشد:

- من به دلیل مریضی یا مشکل غیر منتظره در پرستاری از کودک و یا مشکل حمل و نقل نتوانستم در محل قرار به موقع حاضر شوم؛
- من در شرایط ناگوار اورژانسی) جسمانی، روانی، یا عاطفی (قرار دارم؛
- من قربانی درگیریهای داخل خانواده هستم؛
- من نمی توانم محل یا شخص مناسبی را برای کودک زیر 13سالم در منطقه محل زندگی ام پیدا کنم؛
- من مشکل حقوقی فوری دارم؛
- من ناتوان هستم یا در شرایط خاصی قرار دارم و همین باعث شده که نتوانم الزامات برنامه را اجرا کنم؛ یا
- من یک شخص بزرگسال هستم کژ از ناتوانی شدید و مزمن رنج می برم؛
- من باید برای مراقبت از کودکی که نیازهای خاصی دارد یا برای مراقب از یک بزرگسال ناتوان در منزل بمانم؛
- سن من 55سال یا بیشتر است و از کودکی مراقبت می کنم که فرزند من نیست؛ یا
- من می خواهم برای SSI به همراه کمک DSHS درخواست بدهم.

اگر من مخالف برنامه باشم، این حق را دارم در خواست بازنگری پرونده وه/یا جلسه شنود دادرسی کنم .برای احترام به جلسه شنود دادرسی، باید ظرف 90 روز از تاریخ امضای مسئول پروند من در پایین این برگه با دفتر خدمات جمعی (Community Services Office) یا دفتر شنودهای اداری (Office of Administrative Hearings) به آدرس DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488تماس بگیرم .نسخه ای از برنامه مسئولیت فردی ام به من داده شده است.

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	امضای من	تاریخ

CLIENT ID	CASE NUMBER	JAS ID

ملزومات محرمانه

شاید من بتوانم برای پیشرفت در کارم، حفظ آن، پذیرفتن یک شغل، دنبال کار گشتن، یا اجرای برنامه ام کمک و راهنمایی دریافت کنم .اگر من با تصمیمی در مورد خدمات حمایتی مخالف باشم، می توانم درخواست رسیدگی دوباره به پرونده و/یا شنود دادرسی کنم .من از متخصص برنامه WorkFirst خودم /مددکار اجتماعی ام خواهم پرسید که آیا من به خدمات حمایت همانند موارد زیر نیاز دارم:

- تعمیر اتومبیل
- پوشاک بچه
- مجوزها /شهریه ها
- مسافرت
- پوشاک
- هزینه های تحصیل
- اصلاح مو
- ابزار کار
- مشاوره
- بهداشت شخصی
- بلیط اتوبوس
- برنامه ریزی خانواده

در مدت تحریم، تاز زمانی که اجرای برنامه IRPخود را شروع نکرده باشم نمی توانم خدامت حمایتی) همانند پول خرید لباس کار یا حمل ونقل (دریافت کنم.

من درک می کنم، که اگر بدون داشتن دلیل قانع کننده ای با بخش حمایت کودک (DCS) همکاری نکمم، اعانه من کاهش خواهت یافت .از جمله دلایل قانع کننده می تواند خطر آسیب رسیدن به فرزندانم باشد .من درک می کنم که در مدتی که حمایتهای TANF دریافت می کنم، هر نوع کمک کودک که دریافت می شود برای بازپرداخت به دولت نگهداری می شود.

هنگامی که من دریافت TANF/SFA را متوقف کنم، DCSکمکهای مخصوص کودک را دریافت خواهد کرد و آن را برای من ارسال خواهد کرد مگر اینکه من درخواست متوقف کردن آن را بکنم .من به خوبی از خدمات حمایتی، تحریمها، و حمایت کودک اطلاع دارم.

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	امضای من	تاریخ