Washington State Department of Social & Health Services

План личной ответственности (IRP)
Рассмотрение медицинской документации

Individual Responsibility Plan (IRP) Reviewing Medical Evidence

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР JAS
НОМЕР ДЕЛА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

План личной ответственности (IRP) по программе услуг трудоустройства WorkFirst («Работа - прежде всего») для _____

Я понимаю следующее::

- Я обязан(а) работать, искать работу или готовиться к работе на полную рабочую неделю продолжительностью по меньшей мере 32 часов, при условии, что я в состоянии это делать.
- Я должен(на) заниматься требуемой деятельностью. В случае несоблюдения этого требования без уважительной причины на меня может быть наложен штраф. Это называется быть под статусом правового взыскания (санкций) программы WorkFirst. Если ко мне применяется правовое взыскание (санкции), то это значит, что:
  - Размер моего пособия будет сокращен на 40% либо на долю одного лица, в зависимости от того, что больше.
  - Для снятия с меня санкций я обязан(а) бесперебойно соблюдать требования моего плана IRP в течение четырех недель.
  - При условии бесперебойного соблюдения мной всех требований плана в течение четырех недель штрафные санкции будут сняты, начиная с первого числа месяца, следующего за этим четырехнедельным периодом.
  - Если длительность непрерывного действия санкций в отношении меня достигнет шести месяцев, то комиссия по санкциям (sanction review panel) пересмотрит мое дело и может его закрыть.
    - В случае закрытия моего дела комиссией по санкциям мне потребуется повторно подать заявление в программу и бесперебойно выполнять все требования плана, прежде чем я смогу получать денежное пособие.
    - Если на меня будут наложены повторные санкции, то комиссия по санкциям пересмотрит мое дело и может его закрыть, если период непрерывного действия санкций в отношении меня достигнет трех месяцев.
- В период получения пособий TANF/SFA я обязан(а) сотрудничать с Отделом по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS), если только у меня нет веских оснований для отказа от такого сотрудничества. Успешное взыскание алиментов может помочь мне избавиться от нужды в получении денежного пособия.
- Я могу получать денежные пособия TANF/SFA только в течение 60 месяцев за время всей жизни, если только у меня нет права на продление этого срока.
- Я использовал(а) ____месяцев получения денежных пособий.
- Я обязан(а) работать, искать работу или готовиться к работе на полную рабочую неделю продолжительностью по меньшей мере 32 часов, при условии, что я в состоянии это делать.
- Если я не могу явиться на запланированное мероприятие, мне необходимо будет позвонить соответствующему должностному лицу по нижеуказанному номеру.
- Я обязан(а) участвовать в следующих мероприятиях и видах деятельности в течение определенного количества времени каждую неделю:

RR – Рассмотрение медицинской документации

Я полагаю, что состояние моего физического или психического здоровья либо эмоциональное состояние может препятствовать моему участию в некоторых мероприятиях программы WorkFirst и (или) моей трудовой деятельности. Я соглашаюсь договориться о встрече с социальным работником ____ до ____. Я могу связаться с этим социальным работником по тел. ____.

Я понимаю, что целью этой встречи будет рассмотрение моих проблем со здоровьем для выработки Плана личной ответственности (Individual Responsibility Plan), который оптимальным образом удовлетворит мои специфические нужды и примет во внимание мои специфические ограничения.

Если я не смогу явиться на назначенную встречу, то я позвоню по вышеуказанному телефону в день встречи или ранее и объясню, почему я не могу прийти.

Я понимаю, что если я не позвоню в день назначенной встречи или ранее, это будет расценено как неявка без уважительной причины, что может повлечь санкции.

Вопросы предоставления ухода за детьми и услуг перевозок были обсуждены

Я и мой менеджер по уходу проведем повторный обзор данного плана IRP до .____

Если у меня есть уважительная причина для невыполнения требований моего плана, то я обязан(а) немедленно связаться с моим специалистом программы WorkFirst или социальным работником и внести соответствующие коррективы. Некоторые примеры уважительных причин:

- Я пропустил(а) назначенную встречу или иное мероприятие по болезни либо ввиду неожиданно возникших проблем с уходом за моими детьми или с транспортом.
- Я меня возникла потребность в неотложной помощи (медицинской, психической либо эмоциональной).
- Я жертва насилия в семье.
- Я не в состоянии найти доступный по цене присмотр за детьми в возрасте до 13-ти лет в моем районе.
- У меня имеется безотлагательная проблема с законом.
- Я меня есть инвалидность либо конкретные заболевания, которые препятствуют выполнению требований программы.
- Я совершеннолетний(яя) и страдаю тяжелой хронической инвалидностью.
- Дома требуется мое присутствие для оказания ухода ребенку со специфическими нуждами либо другому взрослому лицу, имеющему инвалидность.
- Мне 55 или более лет, и я ухаживаю за ребенком, родителем которого не являюсь.
- Я подаю заявление на получение дополнительного пособия по социальному обеспечению (SSI) через отделение департамента DSHS.

Если я не согласен(на) с положениями данного плана, у меня есть право запросить о пересмотре моего дела и (или) о проведении слушания. Для подачи запроса о проведении слушания мне необходимо связаться с моим Отделом социального обеспечения (Community Services Office) или с Отделом административных слушаний (Office of Administrative Hearings) по адресу DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488 в течение 90 дней с даты подписания настоящего уведомления моим менеджером по уходу (см. ниже). Мне был выдан экземпляр плана IRP.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО УХОДУ	ДАТА	МОЯ ПОДПИСЬ	ДАТА

JAS ID	НОМЕР ДЕЛА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

ПРАВИЛА СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Мне могут быть предоставлены услуги помощи в продвижении по службе, сохранении работы, принятии предложения работы, поиске работы и выполнения требований моего плана. Если я не согласен(на) с решением о предоставлении или непредоставлении услуг помощи, у меня есть право запросить о пересмотре моего дела и (или) о проведении слушания. Я обращусь к моему специалисту программы WorkFirst или социальному работнику, если мне потребуются услуги поддержки, связанные, в частности, со следующим:

- Ремонт машины
- Одежда
- Консультирование
- Приобретение подгузников и пеленок
- Расходы на образование
- Личная гигиена
- Лицензии/взносы
- Стрижка
- Проездные на общественный транспорт
- Стоимость проезда (по числу миль)
- Рабочие инструменты
- Семейное планирование

Пока на меня наложены санкции, я не имею права на услуги помощи (такой как деньги на рабочую одежду или на транспорт), до тех пор, пока я не начну соблюдать требования моего плана IRP.

Я понимаю, что в случае моего отказа от сотрудничества с отделом DCS без уважительной причины мои пособия могут быть сокращены. Уважительные причины включают угрозу причинения вреда мне или моим детям. Я понимаю, что пока я получаю социальное пособие TANF, все взысканные алименты на содержание детей будут удерживаться в счет выплаты долга штату.

Когда я прекращу получать пособия TANF/SFA, отдел DCS будет взыскивать алименты на содержание детей и направлять их мне, если я только не попрошу о приостановке этих действий. Я понимаю назначение услуг помощи, характер санкций и основания для них, а также процедуры взыскания и получения алиментов на содержание детей.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО УХОДУ	ДАТА	МОЯ ПОДПИСЬ	ДАТА