Washington State Department of Social & Health Services

خدمات قراردادی (معمولاً)

خدمات خشونت خانوادگی (XF, 1.0, .75, .50, or .25 blocks)

من با تأمین کننده ای که در زیرذکرشده، یك حامی خشونت خانوادگی، بدرآدرسی که درپایین ذکرشده است برای تاریخهایی که در زیرذکرشده شرکت خواهم کرد. من درفعالیتهایی برای کمك به من جهت مقابله با مسائل مربوط به خشونت خانوادگی شرکت خواهم کرد تا خودوکودکانم را امن نگهدارم. اگرقادر به آمدن به قرارملاقاتهای برنامه ریزی شده یا شرکت در فعالیتهای موافقت شده نمی باشم ، من با شماره تلفنی که درپایین ذکرشده است درهمان روزی یا پیش ازروزی که قادر به شرکت نمی باشم تماس خواهم گرفت. من متوجه هستم که اگردرهمان روزیا پیش ازآن تلفن نکنم، یك غیبت غیرموجه تلقی خواهدشد ودو غیبت غیرموجه دریك ماه ممکن است منجربه جریمه شود. من ترتیب مناسب برای نگهداری ازکودکان و ایاب و ذهاب را دارم و مسئله ای نمیباشد. مسئول پروندهء من و خودم این IRP رادوباره درتاریخی که درپایین ذکر شده است مرور خواهیم کرد.

I will participate _____ full-time _____ 3/4 time_____ 1/2 time_____ 1/4 time _____ Assessment

من شرکت خواهم کرد_____ تمام وقت _____ 3/4 وقت _____ 1/2 وقت _____ 1/4 وقت _____ ارزیابی

Provider: _____

تأمین کننده: _____

Address: _____

نشانی: _____

Begin and End Date of Services: _____

تاریخ شروع و خاتمه خدمات: _____

Phone Number: _____

شماره تلفن: _____

Date of next IRP review: _____

تاریخ مرور IRP بعدی: _____