Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

기본 식품 워크페어 활동 보고
Basic Food Workfare Activity Report

수혜자의 이름	수혜자/의뢰인 번호
담당자 이름	보사부 사무처(CSO)

워크페어는 부양가족이 없고 신체가 건강한 성인(ABAWD)이 공공 기관이나 민간 비영리 기관 (지역사회 조직, 학교 등)에서 무급으로 일을 하여 기본 식품 혜택 자격을 유지하는 방법입니다.

클라이언트 지침:

- 본 양식을 매달 지역사회 워크페어 기관으로 가져가 해당 월의 워크페어 근무 시간을 확인하십시오.
- 귀하께서는 최소 워크페어 시간을 완료한 날로부터 10일 이내에 월간 작성 양식을 제출하셔야 합니다.
- 귀하께서는 기본 식품 혜택 자격을 유지하기 위해 매달 자원봉사 근무 16시간 이상을 완료하셔야 합니다. 기본 식품 혜택이 월간 $152 미만이라면 최소 워크페어 시간은 월간 16시간 미만이 될 수 있습니다.
- 본 양식은 워크페어 기관만 **작성하고 서명**할 수 있습니다. 기관은 또한 워크페어 협약(DSHS 양식 09-866)을 연 1회 이상 작성해야 합니다.
- **다음을 통해 본 양식을 DSHS에 제출하십시오:**
  - **팩스 1-888-338-7410**
  - **보사부 사무처 (CSO) 제출**
  - **우편 발송: DSHS CSD Customer Service Center**
    PO Box 11699
    Tacoma, WA 98411-6699

보사부 워크페어 기관 인증:

상기인은 기본 식품 혜택을 받기 위해 ABAWD 작업 조건을 충족해야 합니다. 이 조건을 충족하는 방법으로는 워크페어가 있습니다.

아래 글을 작성하신 다음 서명하여 상기 개인의 자원봉사 근무 시간을 확인해주십시오. 협조에 감사드립니다.

본인은 _____, 이 개인이 다음 기간 동안 _____ 시간 무급 근무를 하였음을 증명합니다
클라이언트 이름 시간

월 _____.
월 연도

워크페어 주관 기관이 기본 식품 워크페어 자원본사 협약(Basic Food Volunteer Workfare Agreement, DSHS 09-866)을 작성 및 서명하여 제출하면, Department of Social and Health Services (DSHS)는 워크페어 참여자의 산업보험료 비용을 지급한다는 점을 기억해주십시오. 노동산업부(Department of Labor and Industries)는 근로자 산재보험이 불법 책임을 완전히 면제할 것임을 보장하지 않습니다. 어떠한 경우에도 DSHS는 워크페어 참여자의 직무 수행 중 상해나 사망에 대한 책임을 지지 않습니다.

서명	날짜
이름(정자로 기입)	전화번호
직책	이메일 주소
기관명	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

Barcode label

01205