

Отчет по Программе волонтерской работы Workfare, дающей право на помощь на «Основное питание» (Basic Food)

Basic Food Workfare Activity Report

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	НОМЕР КЛИЕНТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)
<p>Программа поиска работы (Workfare) является программой для трудоспособных совершеннолетних лиц без иждивенцев (Able-bodied Adults without Dependents, ABAWD), участвуя в которой они сохраняют право на получение помощи на «Основное питание» (Basic Food) и предоставляют волонтерские услуги для государственных и некоммерческих частных организаций (общественных организаций, школ и т.д.).</p> <p>ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ежемесячно проверяйте количество часов, отработанных в рамках программы Workfare за текущий месяц, предоставляя в отделение программы этот формуляр. Вы должны предоставить ежемесячный формуляр не позднее, чем в течение 10 дней после достижения минимально необходимого количества часов работы по программе Workfare в месяц. Каждый месяц вы должны отработать в режиме волонтера, чтобы сохранить право на помощь на «Основное питание» (Basic Food). Количество часов волонтерской работы рассчитывается путем деления суммы помощи семье по программе основного питания на сумму минимальной заработной платы, установленную в штате. Пример: помощь по программе основного питания \$192, минимальная зарплата в штате \$12.00 = 16 часов волонтерской работы в неделю. Этот формуляр должен быть заполнен и подписан представителем организации, имеющей договор с Workfare. Верните заполненный формуляр в Департамент DSHS: <ul style="list-style-type: none"> По факсу на номер 1-888-338-7410; или Лично в местный Отдел социального обеспечения (CSO); или По почте: DSHS CSD Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699 	
<p>ДЕКЛАРАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, УЧАСТВУЮЩЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ WORKFARE: Указанное выше лицо должно соответствовать требованиям в отношении трудоустройства лиц ABAWD, чтобы иметь право на получение помощи по «Основному питанию» (Basic Food). Одним из способов соответствия этим требованиям является участие в программе Workfare.</p> <p>Заполните и подпишите приведенную ниже декларацию для проверки количества часов, отработанных указанным выше лицом в режиме волонтера. Благодарим вас за помощь.</p> <p>Я подтверждаю, что _____ отработал(а) _____ часов в режиме волонтера в течение ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ месяца _____. МЕСЯЦ, ГОД</p>	
<p>Помните, что если соглашение о волонтерской работе в рамках программы Workfare, дающей право на помощь по программе «Основное питание» (Basic Food Volunteer Workfare Agreement), DSHS 09-866, выполнено, подписано и передано агентством программы Workfare (Workfare Host Agency), Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) оплатит участнику программы Workfare стоимость производственной страховки. Департамент труда и промышленности (Department of Labor and Industries) не гарантирует обеспечения исключительным страховым покрытием заработной платы работника полного иммунитета в отношении исков о гражданских правонарушениях. В любом случае Департамент DSHS не несет ответственности за любые травмы, в том числе со смертельным исходом, полученные участниками программы Workfare во время работы.</p>	
ПОДПИСЬ	ДАТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ДОЛЖНОСТЬ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

