Báo Cáo Hoạt Động Chương Trình Workfare Dành Cho Những Người Nhận Thực Phẩm Cơ Bản

Basic Food Workfare Activity Report

TÊN THÂN CHỦ	SỐ THÂN CHỦ
TÊN NHÂN VIÊN XÃ HỘI	VĂN PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO)

Chương trình Workfare là một cách dành cho Những Người Lớn Khỏe Mạnh không có Người Phụ Thuộc (ABAWD) nhằm duy trì việc hội đủ điều kiện để hưởng các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản, bằng cách cung cấp việc làm không được trả lương cho một cơ quan công cộng hoặc công ty tư nhân phi lợi nhuận (các tổ chức cộng đồng, trường học,v.v.).

CÁC HƯỚNG DẪN DÀNH CHO THÂN CHỦ:

- Mang mẫu đơn này đến cơ quan cộng đồng Workfare, để xác nhận số giờ mà quý vị đã làm việc trong Workfare cho tháng đó.
- Quý vị phải nộp lại mẫu đơn hàng tháng không trễ hơn 10 ngày sau khi quý vị hoàn tất số giờ Workfare tối thiểu.
- Quý vị phải hoàn tất việc làm tự nguyện mỗi tháng nhằm duy trì việc hội đủ điều kiện để hưởng các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản của quý vị. Số giờ làm việc tự nguyện được tính bằng cách lấy số tiền phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản của hộ gia đình quý vị chia cho tiền lương tối thiểu do tiểu bang quy định. Ví dụ:số tiền các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản là $192 chia cho tiền lương tối thiểu do tiểu bang quy định là $11.00 = 17 giờ tự nguyện hàng tuần.
- Mẫu đơn này phải được **hoàn tất và ký tên** bởi một cơ quan Workfare được hợp đồng.
- . **Gởi lại mẫu đơn đã hoàn tất này đến DSHS bằng cách:**
  - **Fax đến 1-888-338-7410; hoặc**
  - **Mang mẫu đơn này đến Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) địa phương của quý vị; hoặc**
  - **Gởi thư đến: DSHS CSD Customer Service Center**
    PO Box 11699
    Tacoma, WA 98411-6699

CHỨNG NHẬN CỦA CƠ QUAN DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG WORKFARE:

Người có tên trên đây phải đáp ứng các yêu cầu việc làm của ABAWD để nhận được các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản. Một cách để đáp ứng yêu cầu này là thông qua Workfare.

Xin hoàn tất và ký vào bản báo cáo dưới đây để xác nhận số giờ làm việc tự nguyện do cá nhân có tên trên đây cung cấp. Cảm ơn quý vị đã trợ giúp.

Tôi xác nhận rằng _____ đã làm _____ giờ làm việc không được trả lương trong suốt
TÊN THÂN CHỦ SỐ GIỜ

tháng của _____.
THÁNG, NĂM

Xin lưu ý rằng nơi mà Cơ Quan Tổ Chức Chương Trình Workfare đã hoàn tất, ký tên và trình nộp một Thỏa Thuận Tự Nguyện Tham Gia Chương Trình Workfare Dành Cho Những Người Nhận Thực Phẩm Cơ Bản, DSHS 09-866, Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) sẽ chi trả chi phí bảo hiểm ngành cho Người Tham Gia Chương Trình Workfare. Bộ Lao Động và Công Nghệ không thể bảo đảm rằng bảo hiểm bồi thường của công nhân quy định toàn bộ quyền miễn trừ trách nhiệm pháp lý về khiếu nại đòi bồi thường. Trong bất kỳ trường hợp nào, DSHS cũng không thừa nhận trách nhiệm pháp lý cho bất kỳ thương tổn đến hoặc tử vong nào của một Người Tham Gia Chương Trình Workfare trong khi đang làm việc.

CHỮ KÝ	NGÀY
TÊN (XIN VIẾT IN)	SỐ ĐIỆN THOẠI
CHỨC DANH	ĐỊA CHỈ EMAIL
TÊN CƠ QUAN	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

Barcode label

01205