Washington State Department of Social & Health Services

ارجاع خدمات اشتغال - کمک هزینه نقدی پناهندگان (RCA)

پیمانکار تعیین شده [ ]

استانداردهای پرداخت ماهیانه و درآمد:

تعداد افراد خانوار	استاندارد درآمد ناخالص	استاندارد پرداخت
1	**$ 610**	**$ 305**
2	**$ 770**	**$ 385**

هدف اشتغال: با کسب عایدات و درآمد برابر یا بیشتر از استاندارد درآمد ناخالص مربوطه فوق از کمک هزینه نقدی RCA بی نیاز گردید.

اطلاعات متقاضی		
اسم (حروف بزرگ و واضح):		
شماره شناسایی خدمات گیرنده:	**زبان اصلی:**	
تاریخ تولد:	**تاریخ ورود:**	**تلفن:**
شماره تبعه خارجی:	**شماره eJAS:**	**شماره سوشال سکیوریتی SSN:**
آدرس تماس:		
شهر:	**ایالت:**	**کدپستی:**

امضای شما در زیر نشان می دهد که می دانید و متوجه شده اید که باید در فعالیت هایی شرکت کنید که در کمترین زمان ممکن به شغل منتهی می گردند. این بدان معنی است که شما باید:

- کار کنید، به دنبال کار بگردید، یا خود را برای کار آماده کنید.
- تا تاریخ ذکر شده زیر با سازمانی که در زیر نام برده شده است تماس گرفته و در فعالیت های کاریابی ثبت نام کنید.
- اگر احساس می کنید به هر دلیل قادر به ادامه کار، جستجو برای کار یا آماده شدن برای کار نیستید باید هرچه سریعتر با DSHS در _____ تماس بگیرید.
- اگر نقل مکان کرده یا کار پیدا می کنید با DSHS در _____ تماس گرفته و موضوع را اعلام کنید.

اگر این فعالیت ها را انجام نداده و دلیل موجهی برای انجام ندادن آنها نداشته باشید، محروم خواهید شد. **با اولین محرومیت، نمی توانید برای 3 ماه کمک هزینه نقدی RCA دریافت کنید.** بعد از 3 ماه می توانید دوباره برای دریافت کمک هزینه نقدی RCA درخواست بدهید. **اگر برای بار دوم محروم شوید دیگر هیچوقت نمی توانید کمک هزینه نقدی RCA دریافت کنید.**

برای دریافت کمک های اشتغال باید تا (تاریخ) _____ با سازمان زیر تماس بگیرید:

نام و شماره تلفن سازمان:_____

آدرس سازمان:_____

_____ _____

امضای متقاضی: تاریخ

من یک کپی از این توافقنامه را دریافت کرده ام. در صورتی که با این توافقنامه مخالف باشم حق درخواست بررسی مجدد پرونده و/یا رسیدگی را دارم. برای درخواست رسیدگی باید ظرف مدت 90 روز از تاریخ امضای کارکنان DSHS در زیر با دفتر خدمات اجتماعی یا Office of Administrative Hearings, DSHS, P.O. Box 42488, Olympia, WA 98504-2488 تماس بگیرم.

_____ _____

امضای مترجم شفاهی **یا** تاریخ

تلفنی تلفنی توسط (سازمان) _____ و مترجم شفاهی به این شماره ارائه گردید:_____

_____ _____

امضای کارمند DSHS تاریخ