



难民现金补助 (RCA) 自愿就业服务推荐

指定承包人

每月支付和收入标准:

| 家庭人口 | 总收入标准 | 支付标准 |
|------|--------|--------|
| 1 | \$ 610 | \$ 305 |
| 2 | \$ 770 | \$ 385 |

就业目标: 获得不低于上述适用总收入标准的收益, 摆脱 RCA 现金补助。

| | | |
|--------------|----------|---------|
| 当事人信息 | | |
| 工整填写姓名: | | |
| 客户 ID 号码: | | 主要语言: |
| 出生日期: | 加入日期: | 电话: |
| Alien 号码: | eJAS 号码: | 社会安全号码: |
| 联系人地址: | | |
| 城市: | 州: | 邮政编码: |

您必须在 (日期) _____ 之前联系以下机构, 为您提供就业支持帮助:

机构名称与电话号码: _____

机构地址: _____

当事人签名

日期

本人已收到此协议副本。如果本人不同意此协议, 我有权提出进行个案复审和 (或) 听证请求。要请求进行听证, 我必须在下方 DSHS 员工签名之日起 90 天内, 联系我的社区服务办公室或 DSHS 行政听证办公室, 地址为 P.O. Box 42488, Olympia, WA 98504-2488。

口译员签名

日期

或者

电话口译服务提供方 (机构) _____

和口译员号码: _____

DSHS 员工签名

日期