Washington State Department of Social & Health Services

Направление для участия в программе добровольной помощи в трудоустройстве с получением денежной помощи для беженцев

Назначенный исполнитель [ ]

Ежемесячная выплата и стандартный доход:

Состав семьи	Стандартный валовый доход	Сумма выплаты
1	$ 610	$ 305
2	$ 770	$ 385

Цель трудоустройства: Отказ от денежной помощи для беженцев (RCA) в результате обеспечения заработка, равного или превышающего сумму применимого стандартного дохода, указанную выше.

Данные клиента		
Имя и фамилия (печатными буквами):		
Номер клиента:	**Основной язык:**	
Дата рождения:	**Дата прибытия:**	**Телефон:**
Регистрационный номер иностранца:	**Номер eJAS:**	**№ по системе социального обеспечения:**
Контактный адрес:		
Город:	**Штат:**	**Почтовый индекс:**

Вам необходимо связаться с указанным ниже учреждением с запросом о помощи в отношении трудоустройства до (дата)_____:

Название и номер телефона учреждения: _____

Адрес учреждения: _____

_____ _____

Подпись клиента Дата

Я получил(а) копию этого соглашения. Если я не согласен(-на) с условиями соглашения, у меня есть право запросить о пересмотре моего дела и/или о проведении слушания. Чтобы запросить о проведении административного слушания, мне необходимо связаться с отделением Общественной службы (Community Services Office) или Службой административных слушаний (Office of Administrative Hearings) Департамента социальных услуг и здравоохранения (DSHS) по адресу: Box 42488, Olympia, WA 98504-2488, в течение 90 дней с даты подписи данного направления работником Департамента социальных услуг и здравоохранения (DSHS).

_____ _____

Подпись переводчика **или** Дата

Телефон, по которому были предоставлены услуги переводчика (учреждение) _____ и номер переводчика: _____

_____ _____

Подпись сотрудника Департамента социальных услуг и здравоохранения (DSHS) Дата