Washington State Department of Social & Health Services

Plán osobní odpovědnosti (IRP)

Individual Responsibility Plan (IRP)

ID JAS	ČÍSLO PŘÍPADU
ID KLIENTA	

Plán osobní odpovědnosti WorkFirst pro _____

Rozumím, že:

- Je ode mne vyžadováno, abych pracoval(a), hledal(a) práci a připravoval(a) se na práci.
- Musím se účastnit požadovaných aktivit. Pokud tak neučiním, obdržím pokutu (s výjimkou situací, kdy k takovému jednání mám pádný důvod). V takovém případě se nacházím v tzv. sankčním stavu WorkFirst.
  - Pokud se mě týká sankce, znamená to, že:
    - Můj příspěvek bude ponížen o 40 % nebo o podíl jedné osoby, podle toho, co je větší, NEBO:
    - Můj příspěvek bude zastaven, pokud se nezapojím do řešení mého případu nesouhlasu s personálním obsazením nebo domácí návštěvy / alternativní schůzky.
  - Pokud se můj příspěvek poníží v důsledku sankce WorkFirst:
    - Aby byla moje sankce smazána, musím dodržovat IRP nepřetržitě po dobu čtyř týdnů.
    - Poté, co budu nepřetržitě po dobu čtyř týdnů plnit to, co se ode mě očekává, sankce bude od prvního dne měsíce následujícího po uplynutí čtyř týdnů mojí soustavné účasti smazána.
    - Pokud setrvám ve stavu sankce dva měsíce za sebou, můj případ může být uzavřen.
  - Pokud se můj případ uzavře v důsledku sankce WorkFirst:
    - Musím znovu podat žádost a může ode mne být vyžadováno, abych se před výplatou peněz čtyři týdny v kuse zapojoval(a).
    - Po třech (3) uzavřených sankcích mohu být trvale vyřazen(a) z příjmu dávek TANF/SFA.
- Můj případ byl od 1. března 2007 uzavřen _____ × kvůli sankci WorkFirst.
- Během příjmu dávek TANF/SFA musím spolupracovat s divizí na podporu dětí (DCS; Division of Child Support), pokud nemám pádný důvod s ní nespolupracovat. Úspěšné využití přídavků na děti mi může pomoci eliminovat potřebu finanční pomoci.
- Během života mám nárok na peněžité dávky TANF/SFA pouze po dobu 60 měsíců, pokud nesplním požadavky na případné prodloužení.
- Již jsem využil(a) _____ měsíců peněžitých dávek.
- Je ode mne vyžadováno, abych pracoval(a), hledal(a) práci a připravoval(a) se na práci. Pokud se nemůžu zapojit do naplánované aktivity, telefonicky to oznámím osobě dostupné na telefonním čísle uvedeném níže.
- Po dobu uvedenou níže se každý týden musím věnovat následujícím činnostem:

Pokud z pádného důvodu nemohu dodržovat svůj plán, musím co nejdříve kontaktovat sociálního pracovníka / specialistu programu WorkFirst a spolupracovat s ním. Pádné důvody mohou být například tyto:

- zmeškal(a) jsem schůzku kvůli nemoci, neočekávaným problémům s péčí o dítě nebo v důsledku dopravních komplikací;
- mám zdravotní problémy (fyzické, psychické nebo emoční) vyžadující naléhavé ošetření;
- stal(a) jsem se obětí domácího násilí;
- nemohu ve své oblasti najít cenově dostupnou a vhodnou péči o dítě mladší 13 let;
- mám bezprostřední právní problém;
- trpím tělesným postižením nebo stavem, který mi brání ve splnění požadavků programu; nebo
- jsem dospělý se závažným a chronickým postižením;
- musím se doma starat o dítě vyžadující zvláštní péči nebo o jiného handicapovaného dospělého;
- jsem starší 55 let a starám se o dítě, jehož nejsem rodičem; nebo
- žádám o doplňkový příspěvek SSI s facilitátorem DSHS.

Pokud s tímto plánem nesouhlasím, mám právo požadovat přehodnocení mého případu nebo správní řízení. Se žádostí o správní řízení musím kontaktovat Community Services Office nebo Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489, a to do 90 dnů od data podpisu správce mého případu níže. Obdržel(a) jsem kopii svého Plánu osobní odpovědnosti. Ve správním řízení mám právo zastupovat sebe sama nebo se nechat zastupovat obhájcem či kteroukoli osobou dle mé vlastní volby. Bezplatné právní služby a zastoupení mohu získat od asociace Coordinated Legal Education Advice and Referral (CLEAR) těmito způsoby:

- na webových stránkách http://nwjustice.org/get-legal-help;
- na telefonním čísle 1-888-201-1014, pokud je mi méně než 60 let, nebo
- na telefonním čísle 1-888-387-7111, pokud je mi 60 let a více.

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	MŮJ PODPIS	DATUM

ID JAS	ČÍSLO PŘÍPADU	ID KLIENTA

DŮVĚRNÉ POŽADAVKY

Mám možnost získat služby podpory, které mi pomohou postoupit v mé práci, zachovat si práci, získat práci, hledat práci a dodržovat můj plán. Pokud nebudu souhlasit s rozhodnutím ohledně služeb podpory, mohu požádat o kontrolu případu nebo správní řízení. Obrátím se na svého sociálního pracovníka / specialistu programu WorkFirst, kdykoli budu potřebovat pomoc se službami, jako jsou například:

- oprava automobilu
- ošacení
- poradenská služba
- plenky
- výdaje na vzdělávání
- osobní hygiena
- licence/poplatky
- holič/kadeřník
- jízdenky na autobus
- cestovné
- pracovní pomůcky
- plánování rodiny

Pokud se na mě vztahuje sankce, nemohu užívat služeb podpory (například proplacení pracovních oděvů nebo nákladů na dopravu), dokud nezačnu dodržovat můj IRP.

Rozumím tomu, že pokud bez pádného důvodu odmítnu spolupracovat s divizí na podporu dětí (DCS; Division of Child Support), můj příspěvek se poníží. Za pádný důvod se považuje například nebezpečí ublížení mému dítěti nebo mojí osobě. Rozumím, že během pobírání dávek TANF budou veškeré vybrané přídavky na děti zadržovány a vraceny státu.

Jakmile přestanu pobírat dávky TANF/SFA, DCS bude vybírat přídavky na děti a posílat mi je, pokud nepožádám o jejich zastavení. Rozumím službám podpory, sankcím a přídavkům na děti.

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	MŮJ PODPIS	DATUM