

부양가족이 없는 신체기능이 정상적인 성인(ABAWD)

활동 보고

Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) Activity Report

| | |
|---------|--------|
| 수혜자의 이름 | 수혜자 번호 |
|---------|--------|

본 양식을 작성하여 귀하의 ABAWD 지위 검토를 도와주십시오. 근로 및 훈련 활동은 경험이나 교육, 취업 기회를 얻으면서 귀하의 식품 혜택 자격을 유지하도록 도와줍니다.

지침:

1. 본 양식을 작성하여 귀하께서 일하시는 기관에 제출하십시오.
2. 본 양식에는 귀하와 귀하께서 일하시는 기관의 서명을 기재해야 합니다.
3. 이 양식을 매달 다음 달 10일 까지 제출하십시오.
4. 작성한 양식을 다음을 통해 DSHS에 제출하십시오.
 - 팩스: 1-888-388-7410 또는
 - 지역 Community Services Office (보사부 사무처, CSO) 제출, 또는
 - 우편: DSHS CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma WA 98411-6699

알아들 사항:

- 매달 승인 근로 활동이나 훈련 활동을 80시간 수행해야 합니다.
- Workfare에 참여하시는 경우, 귀하의 추천서에 귀하께서 수행하셔야 하는 시간을 기재해야 합니다.
- 일주일은 일요일부터 토요일까지입니다. 총 월간 시간은 월초부터 월말까지입니다. 예시는 마지막 페이지를 참조하십시오.

필수 시간을 완료할 수 없는 경우(업무 시간에 다른 업무 관련 활동을 더함), 사유를 말씀해주십시오.

다음과 같은 이유로 이달 시간을 완료하지 못했습니다(설명).

월간 보고는 다음 페이지를 참조하십시오.



| | | | | | | |
|--|------|-----|--|--------|-----|------|
| 월 | | | | | | |
| 수혜자의 이름 | | | | 수혜자 번호 | | |
| 매주 승인된 제공자와 완료한 시간 수를 입력하십시오. | 월간 주 | | | | | 총 시간 |
| | 1주차 | 2주차 | 3주차 | 4주차 | 5주차 | |
| 감독에 따른 구직 활동 | | | | | | |
| 구직 훈련 | | | | | | |
| 포함할 교육 활동: • 일반 교육 학위 기본 교육 • 제 2 언어로서의 영어 | | | | | | |
| 포함할 직업 훈련: 난민 근로 프로그램 | | | | | | |
| 감독에 따른 생활 기술 훈련 | | | | | | |
| 직업 유지 | | | | | | |
| 무급 직업 | | | | | | |
| Workfare | | | | | | |
| 총 시간 | | | | | | |
| 최초 제공자: 본인은 위 수혜자가 위에 명시된 시간을 완료했음을 증명합니다. <hr/> 활동 현장 이름 <hr/> 활동 <hr/> 서명 | | | 추가 제공자: 본인은 위 수혜자가 위에 명시된 시간을 완료했음을 증명합니다. <hr/> 활동 현장 이름 <hr/> 활동 <hr/> 서명 | | | |
| <input type="checkbox"/> 본인은 현재 일을 하고 있습니다. 이 일자리는 DSHS에 보고하였으며 제 시간에는 변경사항이 없습니다. (이전에 DSHS에 보고하지 않은 일자리가 있다면 포함할 증거를 제출하십시오. 고용주의 이름 및 전화번호, 급여, 시작일, 주간 근무 시간, 급여 종료 시기, 급여일, 팁이나 커미션을 받는 경우 예상 금액.) <input type="checkbox"/> 본인은 현재 WIOA 승인 프로그램에서 참여하고 있으며 본인의 시간에는 변경사항이 없습니다. | | | | | | |
| 본인은 본 양식에 제공한 정보가 정확한 사실임을 선서합니다. | | | | | | |
| 수혜자 서명 | | | 서명일 | | | |



ABAWD 활동 보고 설명 및 예시

아래 설명은 귀하의 참여 시간으로 인정되는 활동을 파악하도록 도와드립니다. 활동은 승인 프로그램에서 감독하는 경우에만 인정됩니다. 이 프로그램에 대한 자세한 정보는 귀하의 내비게이터(Navigator) 또는 다음을 통해 문의하십시오.
<https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/state-approved-programs>

감독을 받는 구직활동 - 귀하의 일자리를 찾도록 지원합니다. 포함 활동:

- 잠재적 고용주 연락
- 채용 공고 검색 또는 잡 클럽 참여
- ID, 전문 면허 또는 증명서 획득

구직 훈련 - 일자리를 찾도록 돕습니다. 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- 이력서 쓰기, 면접 기술, 신청서 작성
- 구직 관련 지도 및 지원
- 일자리 워크샵 및 경력 계획

기본 교육 - 고용 가능성을 높이도록 도와드립니다. 포함 활동:

- 기본 컴퓨터 교육, 읽기 또는 수학 지원
- 고등학교에 상응하는 교육 (High School Equivalency, 전 GED)
- 성인 기본 교육(BEA)
- 제 2 언어로서의 영어(ESL)

생활 기술 - 근로 및 일상 생활에서 발생하는 요구와 과제를 충족하도록 능력 향상 일부 WorkSource 및 기본 식품 고용 훈련 제공자는 이러한 서비스를 제공합니다.

직업 교육 - 용접이나 컴퓨터 프로그래밍 등 전문 훈련에 필요한 프로그램을 제공합니다. 이러한 프로그램을 통해 자격증을 받을 수 있습니다. 포함 활동:

- 자격증
- 독립 외부기관 인정
- 지역 산업 고용주 인정

직업 유지서비스 - 기본 식품 고용 훈련 프로그램을 통해 고용된 성인이 더 나은 성과를 발휘하고 소득을 높이도록 지원합니다. 포함 활동:

- 상담 또는 코칭
- 사례 관리
- 일자리 유지에 관련된 비용 지원

Workfare - 기본 직업 기술 및 자신감을 높여 ABAWD 가 전체 고용 가능성을 높이도록 하는 자원봉사 프로그램입니다. 참가자는 매달 Workfare 사이트에서 일정 시간 자원봉사를 해야 합니다. DSHS 는 ABAWD 에 Workfare 사이트를 위탁합니다.

무급 작업 - ABAWD 가 주, 지역단체나 종교 단체, 비영리 기구 자원봉사를 통해 참가 조건을 충족하도록 하는 기회입니다. 무급 작업은 또한 지역사회 내에서 다른 형식으로도 실시될 수 있습니다.



DSHS 01-205 양식 작성 예시:

예시 1: 한 제공자와 수행하는 한 가지 활동.

6월 1일이 토요일이라면 1주차는 하루가 됩니다. 다음의 4주는 모두 7일을 포함합니다. 마지막 날인 6월 30일은 일요일입니다. 마지막 주는 하루가 됩니다.

| 매주 승인된 제공자와 완료한 시간 수를 입력하십시오. | 월간 주 | | | | | 총 시간 |
|---|------|-----|-----|-----|-----|------|
| | 1주차 | 2주차 | 3주차 | 4주차 | 5주차 | |
| 감독에 따른 구직 활동(JS) | | | | | | |
| 구직 훈련(JT) | | | | | | |
| 포함할 교육 활동: <ul style="list-style-type: none"> 일반 교육 학위(GED) 기본 교육 제 2 언어로서의 영어(ESL) | 2 | 13 | 33 | 20 | 15 | 85 |

예시 2: 두 제공자와 수행하는 여러 활동.

| 매주 승인된 제공자와 완료한 시간 수를 입력하십시오. | 월간 주 | | | | | 총 시간 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----------|
| | 1주차 | 2주차 | 3주차 | 4주차 | 5주차 | |
| 감독에 따른 구직 활동(JS) | | | 5 | 5 | | 10 |
| 구직 훈련(JT) | 5 | 5 | | | | 10 |
| 포함할 교육 활동: <ul style="list-style-type: none"> 일반 교육 학위(GED) 기본 교육 제 2 언어로서의 영어(ESL) | 15 | 15 | 15 | 15 | | 60 |
| 총 시간 | 20 | 20 | 20 | 20 | | 80 |

| | |
|--|--|
| <p>최초 제공자:</p> <p>본인은 위 수혜자가 위에 명시된 시간을 완료했음을 증명합니다.</p> <hr/> <p>활동 현장 이름</p> <p>WorkSource Auburn</p> <hr/> <p>활동</p> <p>JS / JT</p> <hr/> <p>서명</p> <p><i>John Doe, ABAWD Navigator</i></p> | <p>추가 제공자:</p> <p>본인은 위 수혜자가 위에 명시된 시간을 완료했음을 증명합니다.</p> <hr/> <p>활동 현장 이름</p> <p>Green River Community College</p> <hr/> <p>활동</p> <p>기본 교육</p> <hr/> <p>서명</p> <p><i>Jane Doe, BFET Provider</i></p> |
|--|--|

