

JAS ID	CASE NUMBER
CLIENT ID	



خطة المسؤولية الفردية (IRP) Individual Responsibility Plan (IRP)

خطة المسؤولية الفردية اعمل أولاً (WorkFirst) لصالح

أنا أفهم النقاط التالية:

- أنا مطالب بالعمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل.
- أنا ملزم بالاشتراك في الأنشطة المطلوبة، وفي حالة عدم إيفائي لهذا الالتزام، سوف أتلقى عقوبة إلا في حالة تمكني من إثبات عذر مقنع لذلك. ويسمى هذا الوضع التواجد في حالة عقوبة اعمل أولاً (WorkFirst).
- في حالة معاقبتي، فهذا يعني ما يلي:
 - سوف يتم تخفيض المنحة الخاصة بي بمقدار 40% أو بما يوازي نصيب فرد واحد، أيهما أكبر، أو
 - سوف يتم إغلاق المنحة الخاصة بي إذا لم أشارك في حالة عد امتثالي بجدول التوظيف أو الزيارة المنزلية/ الاجتماع البديل.
 - إذا تم تخفيض المنحة الخاصة بي نظرًا لفرض عقوبة WorkFirst:
 - يلزم علي إتباع خطة المسؤولية الفردية (IRP) الخاصة بي لمدة أربعة أسابيع متتالية لرفع العقوبة عني.
 - فور قيامي بتنفيذ المطلوب من جانبي لمدة أربعة أسابيع متتالية، سوف يتم رفع العقوبة الموقعة علي بدءاً من أول الشهر التالي للأربعة أسابيع التي شاركت خلالها.
 - سوف تقوم لجنة مراجعة العقوبات بمراجعة حالتي وقد تقوم بإغلاقها إذا استمرت معاقبتي لمدة شهرين متتالية
 - إذا تم إغلاق حالتي نظرًا لفرض عقوبة WorkFirst
 - إذا ما قررت لجنة مراجعة العقوبات إغلاق حالتي، فسوف أحتاج إلى إعادة التقدم وقد أحتاج إلى الاشتراك لمدة أربعة أسابيع متتالية قبل أن أتمكن من تلقي منحتي المالية.
 - قد أكون غير مؤهل بصورة دائمة للحصول على TANF/SFA بعد إغلاق قضية العقوبات ثلاث (3) مرات.
- تم إغلاق قضيتي _____ مرة نظرًا لفرض عقوبة WorkFirst منذ 1 مارس 2007.
- يلزم علي التعاون مع قسم دعم الطفل أثناء تلقي إعانات المساعدات المؤقتة للعائلات الفقيرة/مساعدة أسر الولاية (TANF/SFA)، إلا إن كان لدي سبباً مقنعاً يمنعني من التعاون معهم. أن النجاح في تحصيل دعم الطفل قد يساعدني على التخلص من حاجتي إلى المساعدات النقدية.
- يمكنني أن أحصل فقط على إعانات المساعدات المؤقتة للعائلات الفقيرة/مساعدة أسر الولاية (TANF/SFA) لمدة 60 شهراً فقط طيلة حياتي إلا إذا كنت مؤهلاً لتمديد.
- لقد استخدمت _____ شهراً من الإعانات النقدية.
- أنا مطالب بالعمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل. في حالة عدم تمكني من حضور أحد الأنشطة المجدولة، فسوف أتصل بالشخص المسؤل في الرقم الوارد أدناه.
- يلزم علي تنفيذ الأنشطة التالية للفترة المحددة أدناه أسبوعياً.

إذا كانت هناك أسباب وجيهة تحول ببني وبين تنفيذ الخطة المقررة لي، فيلزم علي الاتصال بأخصائي برنامج اعمل أولاً/موظف الشؤون الاجتماعية والتعاون معه على وجه السرعة. فيما يلي بعض الأسباب المقبولة لعدم الالتزام بالخطة:

- تغيبت عن حضور أحد المواعيد نتيجة لمرض أو فشل غير متوقع في توفير رعاية طفل أو وسيلة انتقال.
 - كنت أواجه حالة طارئة (بدنية أو عقلية أو نفسية)
 - كنت ضحية لحادث عنف أسري
 - لا أستطيع العثور على رعاية طفل ملائمة وبسعر مناسب في منطقة سكني للأطفال دون سن الثالثة عشر.
 - أواجه مشكلة قانونية في الوقت الراهن
 - أعاني من إعاقة أو حالات معينة، وهو ما يمنعني من الالتزام بمتطلبات البرنامج، أو
 - أنا شخص بالغ أعاني من حالة إعاقة حادة ومزمنة؛
 - يلزم تواجدي في المنزل لرعاية طفل له احتياجات خاصة أو رعاية شخص بالغ آخر يعاني من حالة إعاقة.
 - أنا في سن الخامسة والخمسين أو أكبر وأتولى رعاية طفل مع عدم كوني والد/والد الطفل؛ أو
 - أنا متقدمة بطلب للحصول على الدخل التأميني التكميلي (SSI) مع أحد موجهي قسم الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).
- في حال عدم موافقتي على هذه الخطة، فمن حقي المطالبة بمراجعة حالتي و/أو عقد جلسة استماع إدارية للمطالبة بعقد جلسة استماع، يلزم علي الاتصال بمكتب الخدمات المجتمعية أو مكتب جلسات الاستماع الإدارية على العنوان التالي: DSHS, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2488، أو على هاتف رقم 98504-2488، (Community Services Office or the Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2489)
- وذلك خلال فترة لا تتجاوز 90 يوماً من تاريخ توقيع مدير حالتي أدناه. لقد تم منحي نسخة من خطة المسؤولية الفردية. في جلسة الاستماع، يحق لي الحضور بنفسني أو أن ينوب عني محامياً أو أي شخص آخر يقع عليه اختياري. كما يحق لي الحصول الاستشارات القانونية مجاناً أو عرض الأمر من خلال الاتصال بخط الإحالة والاستشارة لمنظمة التربية القانونية المنسقة (CLEAR) من خلال:

- زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بهم <http://nwjustice.org/get-legal-help>
- الاتصال بـ 1-888-201-1014 إذا كان كنت أقل من 60 سنة، أو
- الاتصال بـ 1-888-387-7111 إذا بلغت 60 سنة أو أكثر

التاريخ	توقيعي	DATE	CASE MANAGER'S SIGNATURE
---------	--------	------	--------------------------

هوية العميل	رقم الحالة	هوية JAS
متطلبات سرية		
<p>قد أتمكن من الحصول على خدمات دعم لمساعدتي على التقدم في عملي أو الحفاظ على عملي أو القبول في عمل جديد أو النجاح في البحث عن عمل أو الالتزام بالخطوة الموضوعي لي. في حال عدم موافقتي على أحد القارات الخاصة بخدمات الدعم المقدمة لي، يحق لي المطالبة بمراجعة حالتي و/أو عقد جلسة استماع. سوف أطلب المساعدة من أخصائي برنامج اعمل أولاً/موظف الشؤون الاجتماعية في حال حاجتي إلى خدمات دعم مثل:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • رسوم السفر المحددة لكل ميل • توفير أدوات العمل • تنظيم الأسرة 	<ul style="list-style-type: none"> • رخصة/رسوم • قص الشعر • تذاكر الحافلات 	<ul style="list-style-type: none"> • حفاظات • نفقات تعليمية • مستلزمات الصحة الشخصية
<p>• إصلاح سيارة</p> <p>• شراء ملابس</p> <p>• استشارة</p>		
<p>أثناء قضائي فترة عقوبة، لا يمكنني الحصول على أي من خدمات الدعم (مثل الحصول على أموال لشراء ملابس العمل أو للمواصلات) إلا بعد بدء إتباع خطة المسؤولية الفردية (IRP) الخاصة بي.</p>		
<p>أنا أعني جيداً إنه في حالة رفضي التعاون مع قسم دعم الطفل (DCS) دون إبداء سبباً وجيهاً لذلك، فقد يتم خفض المنحة المقررة لي. تتضمن الأسباب المقبولة لذلك السلوك وجود تهديداً بإيذاء أطفال أو إيذائي. أنا أدرك إنه أثناء حصولي على إعانة المساعدة المؤقتة للأسر الفقيرة (TANF)، سوف يتم احتجاز أي مبالغ لدعم الطفل يتم تحصيلها لسداد مستحقات الولاية.</p>		
<p>عند توقي عن الحصول على المساعدة المؤقتة للأسر الفقيرة TANF/SFA، سوف يقوم قسم دعم الطفل بتحصيل مبالغ دعم الطفل (DCS) وإرسالها إلي، إلا في حالة مطالبتي لهم بعدم القيام بذلك. كما إنني أفهم جيداً كل ما هو يتعلق بخدمات الدعم والعقوبات ودعم الطفل.</p>		
التاريخ	توقيعي	DATE
		CASE MANAGER'S SIGNATURE