

Individual Responsibility Plan (Plan Odpowiedzialności Indywidualnej, IRP)

Individual Responsibility Plan (Plan Odpowiedzialności Indywidualnej) WorkFirst dla

Identyfikator JAS	NUMER SPRAWY
IDENTYFIKATOR KLIENTA	

Przyjmuję do wiadomości, że:

- Jestem zobowiązany/-a do pracy, poszukiwania pracy lub przygotowywania się do pracy.
- Muszę uczestniczyć w wymaganych działaniach. Jeśli tego nie zrobię, otrzymam karę, chyba że będę w stanie udowodnić, że miałem/-am ważny powód. Nazywa się to statusem sankcji WorkFirst.
 - Jeśli jestem objęty/-a sankcją, oznacza to, że:
 - Moje świadczenie zostanie zmniejszone o 40% lub o udział jednej osoby, w zależności od tego, która kwota jest większa, LUB:
 - Nie będę mógł/mogła otrzymywać pomocy, chyba że ponownie zaangażuję się w program WorkFirst.
 - Jeśli moje świadczenie pieniężne zostanie zmniejszone z powodu sankcji WorkFirst:
 - Może zaistnieć potrzeba przestrzegania przeze mnie IRP przez cztery kolejne tygodnie celem zakończenia sankcji.
 - Gdy zrealizuję wymagane czynności przez cztery kolejne tygodnie, kara sankcyjna zostaje odjęta począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po czterech tygodniach mojego uczestnictwa.
 - Moja sprawa może zostać zamknięta, jeśli pozostanę w stanie sankcji przez dziesięć miesięcy z rzędu.
 - Jeśli moja sprawa zostanie zamknięta z powodu sankcji WorkFirst:
 - Będę musiał/-a ponownie złożyć wniosek i możliwe, że będę musiał/-a uczestniczyć w programie przez cztery kolejne tygodnie, zanim otrzymam świadczenie pieniężne.
- Muszę współpracować z Division of Child Support (Oddziałem ds. alimentacyjnych) podczas korzystania ze świadczeń TANF/SFA, chyba że mam ważny powód do nieprzewodzenia takiej współpracy. Skuteczna windykacja alimentów może pomóc mi w zredukowaniu moich potrzeb związanych ze świadczeniami pieniężnymi.
- Świadczenia pieniężne TANF/SFA mogę otrzymywać wyłącznie przez 60 miesięcy, chyba że spełnione zostaną warunki jego przedłużenia.
- Korzystałem/-am ze świadczeń pieniężnych przez _____ miesięcy.
- Jestem zobowiązany/-a do pracy, poszukiwania pracy lub przygotowywania się do pracy. Jeśli nie mogę uczestniczyć w zaplanowanej aktywności, zadzwonię pod numer osoby podany poniżej.
- Muszę wykonywać poniższe czynności przez określoną liczbę godzin lub dni każdego tygodnia, jak określono poniżej:

Jeśli istnieje ważny powód, dla którego nie mogę realizować mojego planu, muszę jak najszybciej skontaktować się i współpracować z moim Specjalistą Programu WorkFirst/Pracownikiem Socjalnym. Przykłady istotnych powodów to:

- Brak możliwości dotarcia na spotkanie z powodu choroby lub niespodziewanego zdarzenia w opiece nad dzieckiem lub transporcie;
- Zaistnienie awaryjnej sytuacji (fizycznej, psychicznej lub emocjonalnej);
- Bycie ofiarą przemocy w rodzinie;
- Brak możliwości znalezienia przystępnej cenowo i odpowiedniej opieki nad dzieckiem w wieku poniżej 13 roku życia w okolicy;
- Zaistnienie pilnego problemu prawnego;
- Stan niepełnosprawności lub cierpienie na choroby, które uniemożliwiają spełnienie wymagań programu;
- Bycie osobą dorosłą z poważną i przewlekłą niepełnosprawnością;
- Konieczność przebywania w domu, aby opiekować się dzieckiem o specjalnych potrzebach lub niepełnosprawną osobą dorosłą;
- Bycie w wieku 55 lat lub więcej i sprawowanie opieki nad dzieckiem, którego nie jest się rodzicem; lub
- Składanie wniosku o SSI przy udziale koordynatora ds. DSHS.
- Znajdowanie się w kryzysie bezdomności lub sprawowanie opieki nad bezdomnym dzieckiem/dziećmi.

Jeśli nie zgadzam się z tym planem, mam prawo zażądać ponownego przeglądu sprawy i/lub przeprowadzenia Administracyjnego przesłuchania. Aby złożyć wniosek o przesłuchanie, muszę skontaktować się z Community Services Office (Biurem Usług Społecznych) lub Office of Administrative Hearings (Biurem Przesłuchań Administracyjnych), DSHS, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489, w ciągu 90 dni od daty podpisania mojej sprawy przez kierownika poniżej. Otrzymałem/-am kopię mojego Individual Responsibility Plan (Planu odpowiedzialności indywidualnej). Na przesłuchaniu mam prawo reprezentować siebie, być reprezentowanym przez adwokata lub dowolną wybraną przeze mnie osobę. Mogę otrzymać bezpłatną poradę prawną lub osobę reprezentującą, kontaktując się ze Skoordinowanymi Poradami i Zaleceniami Dotyczącymi Edukacji Prawnej (CLEAR):

- Odwiedzając stronę internetową organizacji <http://nwjustice.org/get-legal-help>;
- Dzwoniąc pod numer 1-888-201-1014, jeżeli jestem poniżej 60 roku życia, lub
- Dzwoniąc pod numer 1-888-387-7111, jeżeli jestem powyżej 60 roku życia.

PODPIS KIEROWNIKA SPRAWY	DATA	MÓJ PODPIS	DATA
--------------------------	------	------------	------

Identyfikator JAS	NUMER SPRAWY	IDENTYFIKATOR KLIENTA	
WYMAGANIA POUFNE			
Mogę być uprawniony/-a do uzyskania wsparcia, które pomoże mi awansować w mojej pracy, utrzymać pracę, przyjąć pracę, poszukiwać pracy lub realizować mój plan. Jeśli nie zgadzam się z decyzją dotyczącą usług wsparcia, mogę poprosić o ponowny przegląd sprawy i/lub przeprowadzenie przesłuchania. Skontaktuję się ze Specjalistą ds. Programu WorkFirst/Pracownikiem Socjalnym, jeśli będę potrzebować wsparcia, takiego jak: • Naprawa samochodu • Odzież • Porady • Pieluchy • Wydatki na edukację • Higiena osobista • Prawo jazdy/opłaty • Strzyżenie • Bilety autobusowe • Koszty przejazdu • Narzędzia do pracy • Planowanie rodziny Podczas trwania sankcji nie mogę otrzymać wsparcia (np. pieniędzy na odzież do pracy lub transport), dopóki nie zacznę realizować mojego IRP. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli odmówię współpracy z Division of Child Support (Oddziałem ds. alimentacyjnych, DCS) bez podania istotnego powodu, moje świadczenie może zostać zmniejszone. Istotne powody obejmują zagrożenie dla moich dzieci lub mnie. Rozumiem, że podczas korzystania z pomocy TANF, wszelkie pobrane alimenty zostaną zatrzymane na poczet spłaty zobowiązań wobec państwa. Kiedy przestanę otrzymywać TANF/SFA, DCS będzie pobierać alimenty i przysyłać je do mnie, chyba że poproszę o ich wstrzymanie. Jestem świadom/-a usług wsparcia, sankcji i alimentów na dzieci.			
PODPIS KIEROWNIKA SPRAWY	DATA	MÓJ PODPIS	DATA