

Индивидуальный план ответственности (IRP)

Индивидуальный план ответственности WorkFirst для _____

JAS ID	Номер дела
Идентификационный номер клиента	

Я понимаю, что:

- Мне требуется работать, искать работу и готовиться к работе.
- Мне требуется участвовать в обязательных мероприятиях. В противном случае на меня будет наложен штраф, если я не укажу уважительной причины. Другими словами, на меня будут наложены санкции WorkFirst (WorkFirst sanction status).
 - Если на меня будут наложены санкции, то:
 - Мой грант уменьшится на 40% или на долю одного человека, смотря что больше, ИЛИ:
 - Я не смогу получать услуги по поддержке пока не подамся на участие в WorkFirst заново.
 - Если мое пособие наличными будет снижено ввиду наложения санкций WorkFirst:
 - Мне, возможно, потребуется следовать своему IRP четыре недели подряд, чтобы санкции были сняты.
 - После того как я буду выполнять то, что от меня требуется в течение четырех недель, санкции будут сняты начиная с первого числа месяца, следующего за этими четырьмя неделями.
 - Мое дело может быть закрыто, если я буду пребывать под санкциями десять месяцев подряд.
 - Если мое пособие наличными будет прекращено ввиду наложения санкций WorkFirst:
 - Мне потребуется подаваться на участие заново, а также, возможно, участвовать четыре недели подряд перед тем как я смогу получить выплату.
- Мне требуется сотрудничать с Division of Child Support (Отдел по защите прав детей) на время получения выплат по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям TANF/SFA, пока у меня не появится надлежащей причины для сотрудничества. Успешный опыт с выплатами на уход за детьми может помочь мне обойтись без выплат наличными.
- Я могу получать выплаты наличными TANF/SFA только не более 60 месяцев, если не подать на продление участия.
- Я получал выплаты наличными в течение _____ месяцев.
- Мне требуется работать, искать работу и готовиться к работе. Если я не смогу посетить запланированное мероприятие мне потребуется позвонить по указанному ниже номеру.
- Я должен выполнять следующие меры не менее, чем в течение времени, указанного ниже:

Если существует уважительная причина, по которой я не могу следовать плану, мне нужно как можно скорее связаться со своим специалистом по программе WorkFirst /социальным работником. Какими могут быть уважительные причины:

- Болезнь или непредвиденные обстоятельства по уходу за ребенком или транспортировке;
- Чрезвычайное состояние (физическое, ментальное или эмоциональное);
- Против меня совершен акт домашнего насилия;
- Я не могу найти в своем районе услуги по уходу за ребенком до 13 лет соответствующего уровня;
- У меня возникла неотложная юридическая проблема;
- У меня инвалидность или определенные проблемы со здоровьем, которые мешают выполнять требования программы; или
- Я взрослый человек с тяжелой формой хронической инвалидности;
- Я оказываю уход на дому за ребенком с особыми потребностями или за взрослым-инвалидом;
- Я старше 55 лет и оказываю уход за ребенком, не будучи одним из его родителей; или
- Я подаю заявку на дополнительный социальный доход (SSI) через DSHS.
- Я бездомный или оказываю уход за бездомными детьми.

Если я не соглашаюсь с планом, у меня есть право сделать запрос на пересмотр дела и/или административное слушание. Для осуществления запроса на слушание, мне нужно связаться с местным отделением общественной службы или Отделом административных слушаний, DSHS, PO Box 42489, Олимпия, штат Вашингтон 98504-2489, в течение 90 дней с даты подписи менеджера по моему делу, поставленной ниже. Я получил(а) копию Индивидуального плана ответственности. На слушании у меня есть право представлять себя самостоятельно, через адвоката или другое лицо по моему выбору. Я имею право получить бесплатную юридическую

консультацию или представительство, обратившись в Coordinated Legal Education Advice and Referral (CLEAR) одним из указанных способов:

- Посетив сайт: <http://nwjustice.org/get-legal-help>;
- По номеру 1-888-201-1014 если мой возраст до 60 лет, или
- По номеру 1-888-387-7111 если мой возраст 60 лет и старше.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ

ДАТА

Моя подпись

ДАТА

JAS ID

Номер дела

Идентификационный номер клиента

ТРЕБОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

У меня есть право получить услуги по поддержке в продвижении на работе, сохранении работы, поступлении на работу, поиске работы и выполнении плана. Если я не соглашаюсь с решением об услугах по поддержке, я имею право попросить пересмотра дела и/или слушания. Я обращусь к своему специалисту по программе WorkFirst/социальному работнику, если мне потребуются следующие услуги:

- Ремонт автомобиля
- Одевание
- Консультирование
- Подгузники
- Расходы на преподавателя
- Личная гигиена
- Лицензия/взносы
- Стрижка
- Проездные на автобус
- Пробег
- Инструменты для работы
- Планирование семьи

Пребывая под санкциями, я не могу получать услуги по поддержке (например, выплаты на рабочую одежду и транспорт), пока не начну выполнять свой IRP.

Я понимаю, что в случае моего отказа от сотрудничества с Division of Child Support (Отдел по защите прав детей) (DCS) без уважительной причины, ой грант будет уменьшен. К уважительным причинам относятся угроза или нанесение вреда моим детям или мне. Я понимаю, что на время получения помощи TANF, любая полученная помощь по уходу за детьми должна быть возвращена обратно штату.

После прекращения получения помощи TANF/SFA, DCS соберет всю полученную помощь на ребенка и перешлет ее мне, если я не попрошу их об обратном. Я понимаю значение услуг по поддержке, санкций и помощи на ребенка.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ

ДАТА

Моя подпись

ДАТА