

แผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคล (IRP) Individual Responsibility Plan (IRP)

แผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลของเวอร์คเฟิร์สท์สำหรับ _____

JAS ID	CASE NUMBER
CLIENT ID	

ข้าพเจ้าเข้าใจ:

- ข้าพเจ้าถูกกำหนดให้ทำงาน มองหางาน หรือพร้อมที่จะทำงาน
- ข้าพเจ้าต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด ข้าพเจ้าจะได้รับโทษ เว้นเสียแต่ข้าพเจ้าสามารถพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุผลเพียงพอ ซึ่งเรียกว่าอยู่ในสถานะบทลงโทษของ WorkFirst
 - หากข้าพเจ้าถูกลงโทษ หมายถึง:
 - เงินช่วยเหลือ ของข้าพเจ้าจะถูกหัก 40 % หรือเป็นจำนวนสำหรับหนึ่งคน ขึ้นอยู่ว่าจำนวนใดมากกว่ากันหรือ
 - เงินช่วยเหลือของข้าพเจ้าจะถูกหยุดจ่ายหากข้าพเจ้าไม่ให้ความร่วมมือในการจัดหาบุคลากรเพื่อพิจารณาด้านการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือการพูดคุยเกี่ยวกับนัดหมายที่บ้าน/นัดหมายพิเศษ
 - หากเงินช่วยเหลือของข้าพเจ้าถูกลดเนื่องจากบทลงโทษของ WorkFirst
 - ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคล (IRP) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน เพื่อให้พ้นการลงโทษ
 - เมื่อข้าพเจ้าปฏิบัติตามข้อกำหนดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน บทลงโทษของข้าพเจ้าจะถูกถอดถอน เริ่มตั้งแต่วันที่แรกของเดือนหลังจาก 4 สัปดาห์ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติตามข้อกำหนด
 - อาจยุติคดีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าปฏิบัติตามบทลงโทษเป็นเวลาสองเดือนติดต่อกัน
 - หากคดีของข้าพเจ้าถูกยุติเนื่องจากบทลงโทษของ WorkFirst
 - ข้าพเจ้าจะต้องยื่นคำร้องใหม่และอาจต้องปฏิบัติตามเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ก่อนที่ข้าพเจ้าจะได้รับเงิน
 - หากมีการปิดคดีของข้าพเจ้าสาม (3) ครั้งขึ้นไป จะถือว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในการรับ TANF/SFA อย่างถาวรหลังคดียุติสาม (3) คดี
- คดีของเงินถูกปิดไปแล้ว _____ ครั้งเนื่องจากคำสั่ง WorkFirst ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2007
- ข้าพเจ้าจะต้องให้ความร่วมมือกับแผนกพิทักษ์เด็ก ในขณะที่ข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือ TANF/SFA เว้นเสียแต่ข้าพเจ้ามีเหตุผลเพียงพอที่จะไม่ให้ความร่วมมือ การได้รับเงินช่วยเหลือเสี่ยงดูบุตร อาจช่วยให้ข้าพเจ้าลดความจำเป็นในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- ข้าพเจ้าสามารถรับเงินช่วยเหลือ TANF/SFA ได้เพียง 60 เดือน ในระยะเวลาตลอดชีพของข้าพเจ้า เว้นเสียแต่ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติที่ได้รับการต่ออายุเวลา
- ข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือมาแล้วเป็นเวลา _____ เดือน
- ข้าพเจ้าถูกกำหนดให้ทำงาน มองหางาน หรือพร้อมที่จะทำงาน หากข้าพเจ้าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามตารางที่กำหนด ข้าพเจ้าจะติดต่อบุคคลผู้รับผิดชอบตามหมายเลขโทรศัพท์ข้างล่างนี้
- ข้าพเจ้าต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปนี้เป็นระยะเวลาในแต่ละอาทิตย์ตามที่กำหนดข้างล่างนี้

หากข้าพเจ้ามีเหตุผลเพียงพอที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนงานของข้าพเจ้าได้ ข้าพเจ้าจะต้องติดต่อ และพูดคุยกับนักสังคมสงเคราะห์ /ผู้เชี่ยวชาญโปรแกรมเวอร์คเฟิร์สท์ โดยเร็วที่สุด ตัวอย่างของเหตุผลเพียงพอจะรวมถึง:

- ข้าพเจ้าไม่สามารถไปตามนัดหมายได้ เพราะ ป่วย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรของข้าพเจ้า หรือปัญหาการเดินทางที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหมาย;
- ข้าพเจ้ามีเหตุฉุกเฉิน (ทางร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์);
- ข้าพเจ้าตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว;
- ข้าพเจ้าไม่สามารถหาคนดูแลเด็กที่เหมาะสม และในอัตราค่าจ้างที่สามารถจ่ายได้ในพื้นที่ของข้าพเจ้าสำหรับบุตรอายุต่ำกว่า 13 ปี;
- ข้าพเจ้ามีปัญหาด้านกฎหมายที่เร่งด่วน;
- ข้าพเจ้าพิการ หรือมีอาการบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของแผนงาน; หรือ
- ข้าพเจ้ามีความพิการขั้นรุนแรง และ เรื้อรัง;
- ข้าพเจ้าจำเป็นต้องอยู่บ้านเพื่อดูแลบุตรที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ หรือดูแลผู้ใหญ่ที่พิการ;
- ข้าพเจ้าอายุ 55 ปี หรือมากกว่า และดูแลเด็ก และข้าพเจ้าไม่ใช่พ่อแม่ของเด็ก ; หรือ
- ข้าพเจ้าสมัคร SSI โดยมีผู้ดูแล DSHS

หากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับแผนงานนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยื่นขอให้มีการไต่สวนเพื่อให้คำสั่งดำเนินการ ยื่นขอพิจารณาคดีข้าพเจ้าต้องติดต่อสำนักงานให้บริการชุมชนของข้าพเจ้า (Community Services Office) หรือ สำนักงานให้บริการพิจารณาคดี (Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489) ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ผู้คุมประพฤติได้ลงลายมือชื่อข้างล่างนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแล้ว ระหว่างการไต่สวน ข้าพเจ้ามีสิทธิ์เข้าร่วมการไต่สวนเอง แต่งตั้งตัวแทนทางกฎหมายหรือบุคคลที่ข้าพเจ้าเลือก หรือขอให้มีตัวแทนผ่านการติดต่อ Coordinated Legal Education Advice and Referral (CLEAR) โดย:

- เข้าไปที่เว็บไซต์ <http://nwjustice.org/get-legal-help>;
- ติดต่อหมายเลข 1-888-201-1014 หากตนเองมีอายุไม่ถึง 60 ปีหรือ
- ติดต่อหมายเลข 1-888-387-7111 หากตนเองมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	ลายมือชื่อของข้าพเจ้า	วันที่
--------------------------	------	-----------------------	--------

หมายเลขบัตรประจำตัว JAS	หมายเลขคดี	หมายเลขบัตรประจำตัวลูกความ	
ข้อเรียกร้องซึ่งเป็นการกลับ			
<p>ข้าพเจ้าอาจขอรับบริการให้ความช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ข้าพเจ้ามีความก้าวหน้าในงาน เพื่อคงการจ้างงาน เพื่อรับงาน เพื่อหางาน หรือเพื่อปฏิบัติตามแผนของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจในบริการให้ความช่วยเหลือ</p> <p>ข้าพเจ้าอาจขอให้มีการทบทวนคดี และ/ หรือ การพิจารณาคดี ข้าพเจ้าจะติดต่อนักสังคมสงเคราะห์ /ผู้เชี่ยวชาญโปรแกรมเวอร์คเฟิร์สทของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าต้องการบริการให้ความช่วยเหลือในด้าน:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ช่อมรดก • เสื้อผ้า • การให้คำปรึกษา • ผ้าอ้อม • ค่าใช้จ่ายทางการศึกษา • สุขอนามัยส่วนบุคคล • ใบอนุญาต/ค่าธรรมเนียม • ตัดผม • ตู้รถเมล์ • ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง • เครื่องมือในการทำงาน • การวางแผนครอบครัว <p>ขณะที่อยู่ในการลงโทษ ข้าพเจ้าไม่สามารถขอรับบริการให้ความช่วยเหลือได้ (เช่นเงินสำหรับชุดทำงาน หรือการเดินทาง) จนกว่าข้าพเจ้าจะเริ่มปฏิบัติตามแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคล (IRP) ของข้าพเจ้า</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือกับแผนกพิทักษ์เด็ก (DCS) โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ เงินช่วยเหลือของข้าพเจ้าอาจถูกตัด เหตุผลเพียงพอรวมถึง ภัยคุกคามต่อบุตรของข้าพเจ้า หรือต่อข้าพเจ้า</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่าในขณะที่ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจาก TANF เงินค่าเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับจะต้องถูกเก็บเพื่อจ่ายคืนรัฐ</p> <p>เมื่อข้าพเจ้าหยุดรับการช่วยเหลือจาก TANF/SFA นั้น DCS จะเก็บรวบรวมเงินค่าเลี้ยงดูบุตร และส่งให้ข้าพเจ้า เว้นเสียแต่ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจบริการให้ความช่วยเหลือ บทลงโทษ และ การพิทักษ์เด็กแล้ว</p>			
CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	ลายมือชื่อของข้าพเจ้า	วันที่