

非未成年人的前眷屬 血緣監護補助付款相互協定

案件名稱
生日日期
案件號碼

我要求_____兒童福利服務/感化部門或_____部族維持我延長的血緣監護補助付款。
(將適當的公共機構打圈)

我確認我的職責，我同意：

1. 在我領取血緣監護補助付款的同時，協助負責的公共機構確定我的財務需要和資格。
2. 假如我的情況或生活安排有任何變化，更新/通知負責的公共機構及相關的監護人。

選擇下面的準則：

3. 我是18歲以上，並有一個身體或精神殘疾的文件，根據福利和慈善法規(W&IC)第 11363(c)(2) 和11386(g)(2) 欄，保證特續血緣監護補助付款援助直到我21歲的權利。
4. 我至少符合五個福利和慈善法規(W&IC)第11403(b) 欄所述的參與準則之一。我是（勾選所有適用項目）：
 - 完成高中學業或同等的計劃。
 - 已在大專或職業學校就讀或報名。
 - 參與一個計劃或活動去促進或消除就業障礙。
 - 每月至少受僱用80小時。
 - 由於一個有記錄的身體或精神狀況而不能參加上述的1-4項。
5. 繼續保持與負責的的公共機構報告有關我的進展與我的教育/培訓計劃。

有血緣青少年/授權代表簽名		有血緣青少年的合資格工人
地址		地址
家中電話	後備電話	辦公室電話
日期		日期