

CalWORKs学習障害に関する 審査および/または評価の放棄

この書式を読む又は理解するために支援が必要な場合は、あなたを担当するワーカーにその旨をお伝えください。ワーカーと共にこの書式を慎重に検討してください。理解できない内容については、必ず質問してください。現時点で、学習障害に関する審査または評価を受けたくない場合は、この書式に署名してください。その後、この書式コピーを入手することができます。

学習障害の審査および評価のメリット

学習障害の可能性について、審査または評価を受けることは、非常に重要です。学習障害のある殆どの人物は知的であり、また、その多くは有能であることを念頭においてください。郡が、あなたに学習障害があることを発見した場合、あなたにとって最良の活動は何であるかに関する決定を支援することができます。学習障害を持つ個人に対して、彼らの強みを活用し、学校および職場で、より簡単に学習し、成功する方法を教示することができます。

学習障害に対する審査および評価を受けることにより、あなたにとって適切な仕事を発見、維持し、そして、進めることができます。また、教育および訓練プログラムをうまく行うことにも役立ちます。また、審査および評価により、福祉から就労への要件を満たすために必要な支援およびサービスを受けることができます。また、あなたの状況が、定期的に仕事をする、または、福祉から就労への活動（6歳未満の子供を持つ片親世帯の場合、週当たり20時間、6歳未満の子供を持たない片親世帯の場合、週当たり30時間、両親世帯の場合、週当たり35時間）に参加することが困難な場合、福祉から就労への要件の免除を受けることができます。

あなたが、以前に評価を受けており、学習障害がある旨が判明している場合は、その評価を郡のワーカーに提供してください。郡が、その評価の全て又は一部を受け入れる場合は、あなたに合理的な配慮を行います。その評価を受け入れない場合は、あなたに別な評価を提案します。あなたを担当する郡のワーカーは、郡があなたの学習障害の評価を受け入れた旨をあなたのケースファイルに追加します。郡があなたの以前の評価を受け入れる場合、この権利放棄に署名する必要はありません。

現時点で、学習障害に関する審査または評価を受けることを希望されず、かつ、学習障害に関する証明を当方に提出されない場合：

1. 学習障害に関する支援を受けることができません。
2. 学習障害の無い他のCalWORKsを行う人物と同様に福祉から就労への要件を満たす必要があります。福祉から就労への要件を満たさない場合、現金給付が減額または停止される可能性があります。
3. あなたは、いつでも意思決定を変更し、学習障害に関する審査および/または評価を受けることができます。

後日、あなたに学習障害があることが判明した場合、郡は、あなたを担当するワーカーがあなたに評価結果を説明し、必要に応じて、あなたが新しい福祉から就労への計画に証明した日以降に支援およびサービスを提供します。

次のページに進み、この章式を完成させてください。

CalWORKs学習障害の放棄 審査および/または評価 (続き)

現時点において、私は、学習障害に関する審査および/または評価を 放棄（拒否）することを希望します。私が、以前の学習障害に関する評価を提供し、郡がその評価を受け入れない場合、私の福祉から就労への計画に学習障害に関する配慮が含まれることはありません。

私は、この書式を読みました。または、読み聞かせてもらいました。私は、この書式上の情報を理解しています。現時点で、私は、以下を希望しません：

- 学習障害に関する審査 学習障害に関する評価

私は、この書式に対する署名を拒否する権利を有します。私が、この書式に対する署名を拒否した場合、これは、私が、学習障害に関する審査および/または学習障害に関する評価を放棄するためにこの書式に署名したのと同等になります。私が、学習障害に関する審査および/または学習障害に関する評価を拒否した旨の情報が、私のケースファイルに追加されます。

参加者の記名	ケース番号
参加者の署名	日付

郡役所使用欄(County Use Only Section) :

I have discussed this form and offered a learning disabilities screening/evaluation to the participant named above:

- Participant signed this form to waive the learning disabilities screening/evaluation.
- Participant refused to sign this form after waiving the learning disabilities screening/evaluation.

PRINTED NAME OF INTERVIEWER	JOB TITLE OF INTERVIEWER
SIGNED NAME OF INTERVIEWER DATE	DATE