

ПЛАН WTW* (WELFARE-TO-WORK) НАПРАВЛЕНИЕ НА ЗАДАНИЕ

ИМЯ УЧАСТНИКА:		<input type="checkbox"/>	Начальное назначение на деятельность
НАЗВАНИЕ ДЕЛА:		<input type="checkbox"/>	Поправка # _____
НОМЕР ДЕЛА:	НОМЕР I.D.:		
ИМЯ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WTW:			

- Обязательное участие:** Я обязан выполнять задания указанные ниже. Я понимаю, что если я не буду участвовать, как обязан, сумма моей денежной помощи будет уменьшена, если только округ не решит, что у меня есть уважительная причина для невыполнения задания. Я понимаю, что если в моей семье два родителя, мы можем, мы можем разделить 35-часовое требование участия в программе, и ниже указаны только часы, назначенные мне.
- Добровольное участие:** Я понимаю, что я не обязан участвовать, но я согласен участвовать и выполнить указанные ниже задания. Я понимаю, что как у добровольного участника, моя денежная помощь не может быть уменьшена за невыполнение этих заданий. Я понимаю, что если я перестану выполнять эти задания, мне, возможно, придется ждать участия в программе Welfare-to-Work, если только округ не определит, что у меня была уважительная причина для невыполнения задания. Я понимаю, что правило 20-, 30- или 35-часов в неделю ко мне не относится. Время, которое я добровольно участвую в программе, не учитывается в 24-месячное ограничение.
- Программа личной инициативы (SIP):** Моей основной деятельностью является образование или профессиональная подготовка, в которую я был зачислен до моей оценки. Если мое участие обязательно, количество часов, которое я должен участвовать каждую неделю, составляет: 20 30.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: Заполните только ОДНУ сторону. Заполните левую сторону для планов, соответствующих деятельности программы CalWORKs Welfare-to-Work с ограничением времени 24 месяца. Заполните правую сторону для планов, соответствующих федеральным стандартам деятельности.

24-х месячное ограничение времени программы CalWORKs Welfare-to-Work (Нет требований основной деятельности)

<input type="checkbox"/>	Не субсидированная работа	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Работа на себя	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Субсидированная работа в частном или государственном секторе	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Проф. образование на основе грантов	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Трудовое обучение	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Трудовой опыт	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Общественные работы	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	профессионально-техническое образование	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Поиск работы и готовность к работе	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Службы охраны психического здоровья	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Помощь от злоупотребления контролируруемыми веществами	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Помощь от бытового насилия	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Работа, поддерживаемая программой и переходная	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Работа и обучение навыкам непосредственно связанным с трудоустройством	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Удовлетворительная посещаемость в средней школе или на курсах, ведущих к сертификации среднего образования	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Образование, непосредственно связанное с трудоустройством	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Начальное образование для взрослых	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Участие требуемое школой, чтобы обеспечить посещаемость школы ребенком	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Другие виды деятельности, необходимые для оказания помощи в получении трудоустройства	в течение _____ часов

Общие требования почасовой деятельности

Я понимаю, что этот план будет учитываться в счет 24-месячного ограничения времени программы Welfare-to-Work, если позже не определится, что я соответствовал федеральным требованиям участия. Каждую неделю я должен выполнить:

- Как минимум 20 часов.
 Как минимум 30 часов.
 Как минимум __ часов из требования моей семье в 35 часов.

_____ (Инициалы и дата)

Федеральные стандарты трудовой деятельности Основная деятельность

<input type="checkbox"/>	Не субсидированная работа	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Работа на себя	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Субсидированная работа в частном или государственном секторе	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Проф. образование на основе грантов	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Трудовое обучение	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Трудовой опыт	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Общественные работы	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Проф.-техническое образование (пожизненное ограничение 12 месяцев)	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Поиск работы и готовность к работе (За установленные сроки)	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Службы охраны психического здоровья	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Помощь от злоупотребления контролируруемыми веществами	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	● Помощь от бытового насилия	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Обеспечение ухода за детьми участвующим в общественных программах	в течение _____ часов

Неосновные виды деятельности

<input type="checkbox"/>	Работа и обучение навыкам непосредственно связанным с трудоустройством	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Удовлетворительная посещаемость в средней школе или на курсах, ведущих к сертификации среднего образования	в течение _____ часов
<input type="checkbox"/>	Образование, непосредственно связанное с трудоустройством	в течение _____ часов

Деятельность, не соответствующая Федеральной

<input type="checkbox"/>	Другие виды деятельности, необходимые для оказания помощи в получении трудоустройства	в течение _____ часов
--------------------------	---	-----------------------

Общие требования почасовой деятельности

- Я понимаю, что для того, чтобы этот план соответствовал федеральным требованиям и не учитывался в в счет 24-месячного ограничения времени программы Welfare-to-Work, каждую неделю я должен выполнить:
- Как минимум 20 часов из которых 20 должны быть основной деятельностью.
 Как минимум 30 часов из которых 20 должны быть основной деятельностью.
 Как минимум __ часов из требуемых от моей семьи 35 часов из которых __ часов основной деятельности соответствует 30 часам требуемой основной деятельности.

ИЛИ _____ (Инициалы и дата)

- В моем 24-месячном ограничении времени программы Welfare-to-Work не осталось ни одного месяца. Каждую неделю я должен выполнить часы, указанные ниже, или моя помощь будет уменьшена.
- Как минимум 20 часов из которых 20 должны быть основной деятельностью.
 Как минимум 30 часов из которых 20 должны быть основной деятельностью.
 Как минимум __ часов из требуемых от моей семьи 35 часов из которых __ часов основной деятельности соответствует 30 часам требуемой основной деятельности.
- _____ (Инициалы и дата)

НАЗНАЧЕНИЕ И УСЛУГИ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, АДРЕС, РАСПИСАНИЕ И ЧАСЫ

1. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

НАЧИНАЕТСЯ:	ДОЛЖНА ЗАКОНЧИТЬСЯ:	РАСПИСАНИЕ:
ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ:	АДРЕС:	

2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

НАЧИНАЕТСЯ:	ДОЛЖНА ЗАКОНЧИТЬСЯ:	РАСПИСАНИЕ:
ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ:	АДРЕС:	

3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

НАЧИНАЕТСЯ:	ДОЛЖНА ЗАКОНЧИТЬСЯ:	РАСПИСАНИЕ:
ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ:	АДРЕС:	

4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

НАЧИНАЕТСЯ:	ДОЛЖНА ЗАКОНЧИТЬСЯ:	РАСПИСАНИЕ:
ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ:	АДРЕС:	

Округ пришлет мне адрес и расписание моей _____ деятельности до _____ .

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ДАТА

Я пойду в _____ МЕСТО _____ ДАТА _____ числа/до этого числа, чтобы получить адрес и/или расписание _____ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Я дам моему работнику программы Welfare-to-Work копию расписания моей деятельности _____ до _____ числа. Я сообщу моему работнику программы Welfare-to-Work, если произошли изменения и дам работнику копию изменений, если это требуется.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ДАТА

Я понимаю, что если я не пойду _____ / _____, как требует округ или у меня не будет удовлетворительного прогресса в назначенной деятельности, округ определит причину, и назначенная деятельность может измениться. Я понимаю, что я должен предоставить подтверждение удовлетворительного прогресса этой деятельности моему работнику программы Welfare-to-Work до даты, указанной ниже.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Деятельность: _____ Дата сдачи подтверждения: _____

Деятельность: _____ Дата сдачи подтверждения: _____

Деятельность: _____ Дата сдачи подтверждения: _____

Деятельность: _____ Дата сдачи подтверждения: _____

Дополнительные примечания :

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Округ должен предоставить мне вспомогательные услуги (уход за детьми; транспортные услуги и оплату расходов связанных с работой, образованием и обучением), если мне это необходимо для добровольного или обязательного участия в деятельности программы Welfare-to-Work и правила программы Welfare-to-Work разрешают это.

- Работник округа рассмотрел мои потребности во вспомогательных услугах программы Welfare-to-Work для каждой деятельности, указанной в плане. Я понимаю, что я не должен выполнять свое задание, пока вспомогательные услуги необходимые мне, не будут организованы.
- Я понимаю, что я должен сразу сообщить моему работнику программы Welfare-to-Work, если мои потребности во вспомогательных услугах программы Welfare-to-Work изменятся или они мне больше не нужны. **Если я заранее не сообщу об изменениях, округ не сможет за них платить.**
- Я понимаю, что если округ оплачивает вспомогательные услуги на сумму, которая превышает мои потребности для участия в программе Welfare-to-Work, я должен буду выплатить переплаченную сумму обратно.

Мне нужны следующие вспомогательные услуги:

- Присмотр за детьми
 - В настоящее время мне не надо, чтобы округ оплачивал присмотр за детьми, но у меня есть право запросить оплату по уходу за ребенком позже.
_____ (инициалы и дата)
- Транспортные услуги:
 - Проездной билет на автобус Оплата за пробег машины Оплата за автомобильную стоянку
 - Другое (платные дороги, такси и т.д.): _____
 - Мне нужна предоплата на транспортные расходы.
 - В настоящее время мне не надо, чтобы округ оплачивал транспортные расходы, но у меня есть право запросить оплату транспортных расходов позже.
_____ (инициалы и дата)
- Вспомогательные расходы (другие, такие как книги, инструменты, формы и т.д.):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 - Мне нужна предоплата на вспомогательные расходы.
 - В настоящее время мне не надо, чтобы округ оплачивал вспомогательные расходы, но у меня есть право запросить оплату вспомогательных расходов позже.
_____ (инициалы и дата)
- Для того, чтобы успешно участвовать в назначенных мероприятиях Мне нужна следующая помощь: Просьба уточните - например,: специальные услуги в связи с инвалидностью (чтение мне извещений, крупный шрифт, специальное обеспечение и т.д.).
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ УЧАСТНИКА

- Я понимаю, что мой план программы Welfare-to-Work включает в себя эту форму, форму плана программы Welfare-to-Work - Rights and Responsibilities (Права и Обязанности) и инструкции программы Welfare-to-Work. Я понимаю, что деятельность и услуги программы Welfare-to-Work и мои права и обязанности, как участника программы Welfare-to-Work объяснены мне в этих формах.
- Я получил инструкции программы Welfare-to-Work.
- Я знаю, что если у меня есть вопросы, я могу их задать моему работнику программы Welfare-to-Work.
- Я понимаю, что если я скажу моему работнику округа, что я не согласен с моей оценкой или округ и я не можем согласиться о плане, работник должен направить меня к нейтральной третьей стороне для новой оценки моей занятости или потребности в деятельности программы Welfare-to-Work.
- Я понимаю, что я в любое время могу попросить округ о помощи в случае бытового насилия, в том числе отказ от определенных требований программы.
- Я понимаю, что я в любое время могу попросить округ о помощи с психическим здоровьем, при злоупотреблении контролируруемыми веществами или для получения услуг при нарушенной способности к обучению.
- Если это мое первое задание по плану Welfare-to-Work, я понимаю, что у меня есть 30 календарных дней, со дня моего первичного плана программы Welfare-to-Work попросить об изменении или направлении на другую деятельность. Этот 30-ти дневный льготный период предоставляется только один раз во время моего получения денежной помощи программы CalWORKs. Если округ согласится с изменениями, я знаю, я должен буду подписать новое направление на деятельность.
- У меня есть три (3) рабочих дня обдумать условия этого направления на деятельность, после того, как я подпишу его. Я понимаю, что если я захочу изменить условия этого плана программы Welfare-to-Work, я должен сообщить моему работнику программы Welfare-to-Work до _____ числа. Если до этого числа я не сообщу работнику _____
ДАТА
 программы Welfare-to-Work, направление на эту деятельность считается окончательным.
- Я прочитал (или мне прочли) и понял это направление на деятельность и получил копию его. Если без уважительной причины я не выполню мои обязанности, я знаю, что существуют санкции, которые могут включать в себя уменьшение денежной помощи и остановку вспомогательных услуг.
- Я понимаю, что я могу попросить другого предоставляющего услуги, если я возражаю против религиозного мировоззрения любого предоставляющего услуги, к которому я был назначен.
- Я понимаю, что я могу отказаться от любой религиозной деятельности, предложенной предоставляющим услуги, и что участие в любой религиозной деятельности, предложенной предоставляющим услуги является добровольной.
- Я понимаю, что если я не согласен с любым действием округа в отношении участия в программе Welfare-to-Work, я могу подать округу официальную жалобу или попросить о слушании моего дела администрацией штата, позвонив по бесплатному номеру телефона 1-800-952-5253. Если округ предлагает снизить или остановить мою помощь, моя помощь будет снижена или остановлена, если я подам формальную жалобу.
- Я понимаю, что я могу получить **бесплатную юридическую помощь** с проблемами программы Welfare-to-Work в местном юридическом офисе или в отделе защиты прав человека, позвонив по номеру:
 (____) _____ - _____.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА	ДАТА
ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WELFARE-TO-WORK	ТЕЛЕФОН
	ДАТА