

## فرم درخواست تمدید مهلت زمانی 24 ماهه WELFARE-TO-WORK (WTW)

لطفاً با حروف واضح و درشت بنویسید

COUNTY USE ONLY		نام شما	
COUNTY	آدرس		
CASE NAME	کدپستی	شهر	
CASE NO.	OTHER ID NO.	تلفن ( )	
WORKER NAME		آیا سؤالی دارید؟ از کارشناس خود سؤال کنید.	

پس از اینکه تمام 24 ماه مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود را استفاده کردید، باید مقررات و الزامات Welfare-to-Work متفاوتی را برآورده کنید تا بتوانید به دریافت سهم خود از کمک هزینه نقدی و خدمات حمایتی ادامه دهید. البته در صورتی که یکی از شرایط نوشته شده در زیر را داشته باشید می توانید درخواست کنید که مهلت زمانی 24 ماهه WTW شما تمدید گردد.

لطفاً در کادری که شامل حال شما می شود علامت بزنید. فراموش نکنید که نام خود را امضاء کرده و این فرم را تاریخ بزنید. لطفاً به همراه این فرم هرگونه مدرکی که می توانید تهیه کنید را برای کمک به کادری جهت تصمیم گیری درباره واجد شرایط بودن شما برای تمدید مهلت زمانی 24 ماهه WTW و ادامه شرکت در فعالیت های برنامه کنونی welfare-to-work خود ارائه نمایید.

## بله خیر تمدید مهلت زمانی 24 ماهه WTW

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. آیا شما در یک برنامه آموزشی مانند برنامه های آموزشی پایه بزرگسالان، آموزش های فنی و حرفه ای، یا یک برنامه هستید که به اختیار خود آغاز کرده اید و به زودی پایان خواهد یافت؟<br>اگر پاسخ بله است، تاریخ فارغ التحصیلی، انتقال یا تکمیل دوره چه موقع است؟ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. آیا شما در یک برنامه درمانی، مانند برنامه های مخصوص سوء مصرف مواد یا سلامت روانی هستید که به زودی پایان خواهد یافت؟<br>اگر پاسخ بله است، تاریخ تکمیل آن چه موقع است؟ _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. آیا به دلیل ناتوانی های یادگیری یا سایر انواع ناتوانی و معلولیت، برای کامل کردن یک فعالیت مربوط به برنامه Welfare-to-Work خود به زمان بیشتری نیاز دارید؟   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. آیا برای دریافت مزایای ناتوانی و معلولیت درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI) درخواست داده اید؟<br>اگر پاسخ بله است، تاریخ بررسی و رسیدگی شما چه موقع است؟ _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. آیا شما یک واحد کمک گیرنده متشکل از دو والد هستید که والد دیگر تمام مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود را استفاده نکرده است؟   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. آیا احتمال دارد در شش ماه آینده مشغول به کاری شوید؟ لطفاً در زیر توضیح دهید.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. آیا تغییری در بازار کار ایجاد شده که موقتاً شما از یافتن یک شغل باز داشته است و به همین دلیل به وقت بیشتری احتیاج دارید تا یک شغل بیابید؟<br>لطفاً در زیر توضیح دهید. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

امضای شما	تاریخ
-----------	-------

## اگر درباره این فرم سؤالی داشتید می توانید با کارشناس خود تماس بگیرید.

- اگر برای تهیه مدارک اثبات کننده وضعیت خود به کمک نیاز داشتید، کارشناس شما می تواند کمک کند.
- اگر با تمدید مهلت زمانی 24 ماهه WTW شما موافقت و یا مخالفت گردد، یک اعلامیه دریافت خواهید کرد و دلایل امر در آن برای شما توضیح داده خواهد شد.
- اگر با کادری موافق نباشید می توانید درخواست رسیدگی ایالتی بدهید.
- اگر بر این تصور هستید که نباید در Welfare-to-Work باشید و درخواست معافیت نکرده اید، یا درباره معافیت ها از شرکت در Welfare-to-Work نیاز به اطلاعات بیشتر دارید، با کارشناس خود تماس بگیرید.