

УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОБУЧЕНИЯ НА РАБОТЕ (ОЈТ), ОПЛАЧИВАЕМОЙ СУБСИДИЕЙ: ФОРМА О ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ

ИМЯ УЧАСТНИКА	
НАЗВАНИЕ ДЕЛА	
НОМЕР ДЕЛА	I.D. НОМЕР
ИМЯ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WTW	

Эта форма предназначена для того, чтобы помочь Вам решить, хотите ли Вы принять участие, на добровольной основе, в программе ОЈТ по направлению на рабочее место. Эта форма ознакомит Вас с Вашими правами и обязанностями, если Вы согласитесь участвовать в программе. В этой программе вся или часть получаемой Вами суммы денежной помощи и/или часть субсидии, сэкономленная за счет направления участников программы на работу, будет передана Вашему работодателю. Работодатель использует получаемую Вами сумму денежной помощи для того, чтобы выплачивать Вам зарплату. Если Вы не хотите участвовать в программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией, Вы и работник программы WTW примете решение по поводу направления Вас на рабочее место, в зависимости от Ваших знаний и плана трудоустройства.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ОЈТ, ОПЛАЧИВАЕМОЙ СУБСИДИЕЙ

Мои инициалы ниже подтверждают то, что я ознакомился(лась) с нижеперечисленными пунктами вместе с моим работником, и что я понимаю требования для участия в направлении по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией.

- Участие в программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией, добровольно.
- Окружной департамент социального обеспечения (CWD) не может принимать действий против меня за мой отказ в согласии быть направленным(ной) на рабочее место по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией.
- CWD будет передавать всю или часть получаемой мной суммы денежной помощи моему работодателю для того, чтобы выплачивать мою зарплату, полностью или частично.
- Я не буду получать скидку с заработанного дохода за зарплату, выплаченную мне из суммы денежной помощи, переданной моему работодателю.
- Когда я участвую в программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией, по направлению на рабочее место, общая сумма ежемесячного заработка после вычетов, получаемая мной, может быть меньше суммы денежной помощи, которую я обычно получаю.
- Сумма моей денежной субсидии будет основана на предполагаемом доходе от рабочего места, на которое меня направит программа ОЈТ.
- Месячная сумма моей **зарплаты до вычетов** (сумма, заработанная мной до учета налогов и прочих вычетов) плюс денежная помощь, если таковая выплачивается мне, должна быть такой же, или больше, чем сумма денежной помощи, которую я получал бы, если бы я отказался от работы по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией.
- Если округ платит мне коррективную доплату в связи с тем, что мой работодатель не оплачивает мне все часы, отработываемые мной, и я позже получу задолженность по зарплате от моего работодателя, я верну округу сумму из коррективной доплаты, равную сумме задержанной зарплаты, полученной мной от работодателя. Если я не возвращу эти деньги, округ будет считать это переплатой мне.
- Если я соглашусь участвовать в программе ОЈТ, оплачиваемой субсидиями, я продолжаю являться получателем льгот CalWORKs. Я обязан продолжать подчиняться требованиям программы WTW.
- Невыполнение требований направления на работу по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией, без уважительной причины приведет к санкции, и получаемая мной сумма денежной помощи может быть уменьшена. Нарушения, за которые против меня могут быть применены санкции, и денежная помощь, выплачиваемая мне, может быть остановлена или уменьшена, включают следующее: невыполнение условий работы, неявка на работу, опоздания, невыполнение рабочих правил, отсутствие заметного прогресса в моей работе, и т.д.
- Если я не выполняю требования работы, то во избежание санкций против меня и уменьшения выплачиваемой мне денежной помощи, я имею право предоставить уважительную причину того, почему я не принимаю участие в программе. Примеры уважительных причин того, что я не выполняю требования по участию в программе или не выполняю работу по программе включают следующее:
 - Отсутствие вспомогательных услуг (таких, как присмотр за детьми, транспорт, инструменты, необходимая для работы одежда, книги, и прочие затраты, связанные с работой).
 - Жертва насилия в семье (например, жестокое обращение, сексуальные посягательства, или психологическое издевательство).
 - Количество ежедневных или еженедельных часов работы превышает кол-во часов, указанных в соглашении о направлении на работу.
 - Переход на постоянную, несубсидированную работу с полной нагрузкой.
 - В справочнике (Handbook) программы WTW являющимся частью моего плана WTW, указана дополнительная информация о возможных причинах невыполнения требований по участию в программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией.
- Я могу запросить слушание дела администрацией штата, чтобы разрешить любые разногласия, возникшие между мной и CWD.

НАПРАВЛЕНИЕ НА РАБОЧЕЕ МЕСТО ПО ПРОГРАММЕ ОЈТ, ОПЛАЧИВАЕМОЙ СУБСИДИЕЙ

ИМЯ/ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ:

АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ:

ИМЯ НАЧАЛЬНИКА:

НОМЕР ТЕЛЕФОНА НАЧАЛЬНИКА

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕГО ЗАДАНИЯ:

ЕЖЕДНЕВНЫЕ ЧАСЫ РАБОТЫ:

ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧАСОВ, НАЗНАЧЕННЫХ НА НЕДЕЛЮ:

НАЧАЛЬНЫЙ ПОЧАСОВОЙ ОКЛАД:

С _____ ДО _____

С _____ ДО _____

Сумма, которую CWD будет платить моему работодателю: \$ _____. CWD вычитет эту сумму из моей субсидии или, если субсидии недостаточно, из части субсидии, сэкономленной CWD, за счет моей зарплаты.

Я согласен сообщать моему работнику программы WTW о любых изменениях в моем рабочем расписании как можно более скоро, но не позже, чем через пять дней после изменения.

Я понимаю, что работодатель предоставит мне следующие льготы:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Никакие | <input type="checkbox"/> Оплачиваемые праздники |
| <input type="checkbox"/> Медицинская страховка | <input type="checkbox"/> Зубная медицинская страховка |
| <input type="checkbox"/> Больничный отпуск | <input type="checkbox"/> Отпуск |
| <input type="checkbox"/> Другие льготы _____ | |

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я понимаю, что цель направления на работу по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией - помочь мне обрести рабочие навыки и найти работу. Я прочел(ла) эту форму, и мне объяснили её смысл. Я знаю, что мне надо соответствовать всем требованиям, относящимся к участникам программы WTW. Я понимаю, что могу обратиться к моему работнику программы WTW по любым вопросам.

Я понимаю, что должен(на) немедленно сообщить моему работнику программы WTW об изменениях в моих потребностях во вспомогательных услугах программы WTW, или о том, что я более не нуждаюсь в этих услугах. Если я заранее не сообщу об этих изменениях, WTW может быть не в состоянии оплатить их. Я понимаю, что в том случае, если WTW оплатит вспомогательные услуги, сверх тех услуг, которые необходимы мне для участия в программе WTW, я буду обязан возместить затраты WTW.

Я понимаю, что если это мое первое задание по программе WTW, и я хочу попросить об изменениях или другое задание, у меня есть 30 дней с начала задания, на то, чтобы сообщить об этом моему работнику. Если это не первое мое задание по программе WTW, у меня есть 3 дня на то, чтобы связаться с моим работником и попросить о другой деятельности в рамках моего плана WTW.

В данное время я не хочу принимать участие в направлении на работу по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА

ДАТА

Я хочу добровольно участвовать в направлении на работу по программе ОЈТ, оплачиваемой субсидией. Я прочитал(а) (или мне прочли) и понимаю информацию, представленную выше, и получил(а) подписанную копию этой формы.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА

ДАТА

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WTW

ТЕЛЕФОН

ДАТА

У Вас есть право попросить о слушании вашего дела администрацией Штата если вы не согласны с любыми решениями, принятыми округом об участии в программе WTW.