

MẪU YÊU CẦU ĐƯỢC GIA HẠN THỜI GIAN 24-THÁNG CHƯƠNG TRÌNH WELFARE-TO-WORK (WTW) VUI LÒNG VIẾT KIỂU CHỮ IN

TÊN QUÝ VỊ		COUNTY USE ONLY (PHẦN DÀNH RIÊNG CHO QUẬN)	
ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	COUNTY	
THÀNH PHỐ	ZIP	CASE NAME	
ĐIỆN THOẠI ()		CASE NO.	OTHER ID NO.
THẮC MẮC? XIN HỎI NHÂN VIÊN CỦA QUÝ VỊ.		WORKER NAME	

Một khi quý vị đã sử dụng hết 24 tháng trong Thời hạn 24-Tháng chương trình WTW của quý vị, quý vị sẽ phải đáp ứng các quy định khác nhau của chương trình Welfare-to-Work để có thể tiếp tục nhận được phần trợ cấp tiền mặt và các dịch vụ hỗ trợ của quý vị. Tuy nhiên, quý vị có thể được gia hạn cho Thời gian 24-Tháng chương trình WTW của quý vị nếu quý vị đáp ứng một trong những điều kiện được liệt kê bên dưới.

Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp. Xin nhớ ký tên của quý vị và đề ngày vào mẫu này. Cùng với mẫu này, xin vui lòng cung cấp cho quận bất cứ bằng chứng nào có thể để giúp quận quyết định liệu quý vị có thể được gia hạn cho Thời gian 24-Tháng chương trình WTW và tiếp tục tham gia những hoạt động trong chương trình welfare-to-work hiện nay của quý vị.

CÓ	KHÔNG	GIA HẠN THỜI GIAN 24-THÁNG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Quý có tham gia chương trình giáo dục, kể cả chương trình giáo dục cơ bản dành cho người trưởng thành, giáo dục học nghề, hoặc một chương trình tự khởi xướng, mà quý vị sẽ sớm hoàn tất hay không? Nếu có, xin cho biết ngày tốt nghiệp, chuyển đổi, hoặc ngày hoàn tất _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Quý vị có tham gia vào một chương trình điều trị, như chương trình về lạm dụng chất gây nghiện hoặc sức khỏe tâm thần, mà quý vị sẽ sớm hoàn tất, hay không? Nếu có, xin cho biết ngày hoàn tất _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Quý vị có cần thêm thời gian để hoàn tất một hoạt động thuộc chương trình welfare-to-work của quý vị do có khuyết tật học tập hoặc khuyết tật khác hay không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Quý vị có nộp đơn xin phúc lợi khuyết tật từ chương trình Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income - SSI) hay không? Nếu có, xin cho biết ngày duyệt xét của quý vị _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Quý vị có thuộc đơn vị trợ cấp với cả cha và mẹ, trong đó người cha/mẹ kia vẫn chưa sử dụng hết Thời hạn 24-Tháng chương trình WTW của mình không?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Quý vị có thể kiếm được việc trong 6 tháng sắp tới không? Vui lòng giải thích bên dưới. _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Có sự thay đổi nào trong thị trường việc làm mà tạm thời cản trở quý vị tìm việc, do đó quý vị cần thêm thời gian để kiếm việc hay không? Vui lòng giải thích bên dưới. _____ _____

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

NGÀY

VUI LÒNG LIÊN LẠC NHÂN VIÊN CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC VỀ MẪU NÀY.

- Nếu quý vị cần được trợ giúp để lấy bằng chứng về tình trạng của mình, nhân viên của quý vị có thể giúp quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được một thông báo nếu quý vị được hoặc không được gia hạn cho Thời gian 24-Tháng chương trình WTW và lý do tại sao.
- Nếu quý vị không đồng ý với quận, quý vị có thể yêu cầu một phiên xử cấp tiểu bang.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị không cần tham gia chương trình Welfare-to-Work và đã không yêu cầu được miễn trừ, hoặc cần thêm thông tin về các trường hợp miễn tham gia chương trình Welfare-to-Work, vui lòng liên lạc nhân viên của quý vị.