Washington State Department of Social & Health Services

ПЛАН ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ (IRP)

INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

План индивидуальных обязанностей по программе WorkFirst для

_____

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Я понимаю, что:

- Я должен (на) оказывать содействие Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support) в случае получения мною пособий TANF/SFA, за исключением случаев, когда у меня имеются уважительные причины, по которым я не могу оказывать необходимое содействие. Успешное взыскание выплат на содержание детей может помочь мне избавиться от потребности в получении денежной помощи.
- На протяжении жизни я могу получать денежные пособия TANF/SFA только в течение 60 месяцев, за исключением случаев, когда я смогу получить право на продление данного срока.
- Я получал (а) денежные пособия в течение _____ месяцев.
- Я обязан (а) работать, заниматься поиском работы или проходить подготовку к работе на условиях полной занятости не менее 32 часов неделю.
- Если я не смогу посетить запланированное мероприятие, я должен буду позвонить по указанному ниже номеру соответствующему лицу.
- Я должен (на) выполнять следующие виды деятельности в течение указанного ниже количества часов в неделю:

RJ – Направление на общественные работы

Я выражаю согласие до _____ связаться с указанным ниже поставщиком, чтобы назначить встречу для обсуждения моего участия в Программе общественных работ.

Менеджер, ведущий мое дело, и я пересмотрим данный план IRP до _____ .

Поставщик/офис: _____

Адрес: _____

Контактное лицо: _____

Телефон контактного лица: _____

Во время собеседования относительно моего участия в общественных работах я буду сотрудничать с консультантом по общественным работам с целью разработки Индивидуального плана развития (IDP), в котором будут указаны все требования и виды деятельности, связанные с моим участием в общественных работах.

Я имею приемлемый уход за детьми и вопрос с транспортом у меня решен.

Если я не смогу присутствовать на назначенной встрече, я позвоню по указанному выше номеру телефона в тот же день или накануне и объясню, почему я не могу прийти.

Я понимаю, что если я не позвоню в тот же день или накануне, мое отсутствие будет рассматриваться как отсутствие без уважительной причины, что может привести к санкциям.

В случае если у меня возникнет уважительная причина, по которой я не смогу выполнять мероприятия, включенные в мой план, я должен (на) немедленно связаться и обсудить это с обслуживающим меня социальным работником/специалистом программы WorkFirst. К уважительным причинам могут относиться следующие:

- Я пропустил (а) прием в связи с болезнью или непредвиденным отсутствием возможности получения услуг по уходу за моим ребенком или услуг по транспортировке;
- У меня возникло расстройство (физическое, психическое или эмоциональное), требующее неотложной медицинской помощи;
- Я стал (а) жертвой насилия в семье;
- Мне не удалось найти в своем районе доступные по цене подходящие услуги по уходу за ребенком младше 13 лет;

- У меня возникла неотложная проблема юридического характера;
- У меня имеется инвалидность или определенные заболевания, в результате чего я не смог (ла) выполнить требования программы;
- Я являюсь совершеннолетним лицом, имеющим серьезную и хроническую инвалидность;
- Я должен (на) находится дома, чтобы осуществлять уход за ребенком с особыми потребностями или другим совершеннолетним лицом, являющимся инвалидом;
- Мне исполнилось 55 лет, и я осуществляю уход за ребенком, при этом не являясь родителем этого ребенка; или
- Я подаю заявление на получение дополнительной социальной помощи, пользуясь услугами помощника из департамента DSHS.

В случае если я не согласен с данным планом, я имею право потребовать провести пересмотр дела и/или слушание. Чтобы подать ходатайство о проведении слушания, я должен обратиться в свой Отдел социального обеспечения (Community Services Office) или в Управление административных слушаний (Office of Administrative Hearings) по адресу: Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, в течение 90 дней с указанной ниже даты, когда данная форма была заверена подписью менеджера по моему делу. Я получил экземпляр своего Плана индивидуальных обязанностей.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ	ДАТА	МОЯ ПОДПИСЬ	ДАТА

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID

КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

Я могу иметь право на получение помощи для моего продвижения по работе, сохранения работы, приема на работу, поиска работы или выполнения мероприятий, включенных в мой план. Если я буду не согласен (на) с решением о предоставлении мне помощи, я имею право потребовать провести пересмотр дела и/или слушание. Я должен (на) обратиться к обслуживающему меня социальному работнику/специалисту программы WorkFirst, если мне потребуются следующие виды помощи:

- Ремонт автомобиля
- Покупка одежды
- Получение консультаций
- Покупка подгузников
- Расходы на образование
- Личная гигиена
- Лицензии/взносы
- Стрижка
- Проездные билеты на автобус
- Оплата расходов на автомобиль
- Рабочие инструменты
- Планирование семьи

Я понимаю, что я должен (на) выполнять необходимые виды деятельности. В противном случае, если я не предоставлю доказательства наличия уважительной причины, я подвергнусь штрафной санкции. Это называется получением статуса действия санкций программы WorkFirst. Если я подвергнусь штрафным санкциям, это будет означать, что:

- Размер моей субсидии будет уменьшен на 40 % или на долю одного человека, в зависимости от того, какая из этих сумм больше.
- Я должен выполнять требования своего плана IRP в течение четырех недель подряд, чтобы действие штрафных санкций было прекращено.
- Если я буду выполнять необходимые требования в течение четырех недель подряд, штрафные санкции будут сняты с первого числа месяца, наступившего после окончания четырехнедельного периода участия в мероприятиях, включенных в план IRP.
- Комитет по проверке применения санкций произведет проверку и может закрыть мое дело, если я буду оставаться под действием штрафных санкций в течение шести месяцев подряд.
  - Если мое дело будет закрыто комитетом по проверке применения санкций, мне необходимо будет подать повторное заявление на участие в программе и участвовать в мероприятиях программы в течение четырех недель подряд, прежде чем я получу деньги.
  - Если мое дело попадет под действие штрафных санкций во второй раз, то комитет по проверке применения санкций произведет проверку и может закрыть мое дело, если я буду оставаться под действием санкций в течение трех месяцев подряд.

Во время действия штрафных санкций я не смогу получать дополнительные виды помощи (например деньги для покупки одежды или оплаты проезда) до тех пор, пока я не начну соблюдать требования моего плана IRP.

Я понимаю, что в случае отказа оказывать содействие Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) без уважительной причины, размер предоставляемого мне пособия может быть сокращен. К уважительным причинам относится угроза причинения вреда моему ребенку или мне. Я понимаю, что в течение периода пока я получаю помощь TANF, все выплаты на содержание ребенка удерживаются для возмещения расходов штата.

После того как я перестану получать помощь TANF/SFA, отдел DCS будет взимать причитающиеся мне выплаты на содержание ребенка и направлять их мне, если я не попрошу сотрудников отдела не делать этого. Я понимаю значение терминов: дополнительные виды помощи, штрафные санкции и выплаты на содержание ребенка.

ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ	ДАТА	МОЯ ПОДПИСЬ	ДАТА