Washington State
Department of Social
& Health Services

合同性質的服務（一般情況）

有特殊需要的兒童 (XN)

我將在下列日期之前開始參加由以下服務提供機構所作的評估，以確定我的孩子是否有特殊需要並因此而影響我參加工作。若我無法在預先安排的日期參加此項評估活動，我將於當日或提前按照下列電話號碼給以下人員打電話，說明不能參加的原因。本人明白，如果我未於當日或提前打電話請假，將按無故缺勤處理，而且可能會使我受到制裁。我已作好適當的托兒安排並且有辦法解決交通工具問題，在這兩方面沒有困難。我的個案管理人員將與我一起再次審閱這項個人責任計畫 (IRP)，日期如下。

Provider: _____
服務提供機構：_____

Address: _____
地址：_____

Must contact provider by this date: _____
必須在此日期之前與服務提供機構聯絡：_____

Contact Name: _____
聯絡人的姓名：_____

Phone Number: _____
電話號碼：_____

Date of next IRP review: _____
下一次個人責任計畫(IRP)審閱日期：_____