Washington State
Department of Social
& Health Services

خدمات قراردادی (معمولاً)

ارزیابی برای ناتوانی دریادگیری (XJ)

من دربدست آوردن یك ارزیابی توسط تأمین کننده ای که درزیرذکرشده است ، درآدرسی که درزیرذکرشده است تا تاریخی که درزیرذکرشده است برای تعیین اینکه آیا ناتوانی دریادگیری مانع قابلیت من برای کارکردن می باشد شرکت خواهم کرد. اگردر روزبرنامه ریزی شده برای شرکت دراین ارزیابی نتوانم حاظرشوم، با شخصی که درزیرذکرشده است درهمان روزیا پیش ازآن با شماره تلفنی که درپایین ذکرشده است تماس خواهم گرفت و توضیح خواهم داد که چرا نمیتوانم حاظرشوم. اگرقادر به آمدن به قرارملاقاتهای برنامه ریزی شده یا شرکت در فعالیتهای موافقت شده نمی باشم ، من با شخصی که درزیرذکرشده است با شماره تلفنی که درپایین ذکرشده است درهمان روزی که قادر به شرکت نمی باشم تماس خواهم گرفت. من متوجه هستم که اگردرهمان روزیا پیش ازآن تلفن نکنم، یك غیبت غیرموجه تلقی خواهدشد وممکن است منجربه جریمه شود. من ترتیب مناسب برای نگهداری ازکودکان و ایاب و ذهاب را دارم و مسئله ای نمیباشد. مسئول پرونده‌ءمن و خودم این IRP رادوباره درتاریخی که درپایین ذکر شده است مرور خواهیم کرد.

Provider: _____
تأمین کننده: _____

Address: _____
نشانی: _____

Must contact provider by this date: _____
بایدباتأمین کننده تااین تاریخ تماس گرفته شود: _____

Contact Person Name: _____
تماس: _____

Phone Number: _____
شماره تلفن: _____

Date of next IRP review: _____
تاریخ مرور IRP بعدی: _____