Washington State
Department of Social
& Health Services

UGOVORNE USLUGE (OBIČNO)

Procjena smetnje u učenju (XJ)

Ja ću sudjelovati u vršenju procjene od strane dole navedenog pružaoca usluge, na dole navedenoj adresi, do datuma dole navedenog, da se utvrdi da li moje smetnje u učenju ometaju moju mogućnost da radim. Ukoliko nisam u mogućnosti da prisustvujem procjeni na zakazan dan, ja ću nazvati dole navedenu osobu istoga dana ili ranije, na broj telefona dole naveden i objasniti zašto nisam u mogućnosti prisustvovati. Razumijem da ukoliko ne nazovem istoga dana ili ranije, izostanak će se smatrati neopravdanim i može rezultovati sankcijom. Ja imam riješen problem čuvanja djece i prevoza, te oni ne predstavljaju problem. Moj socijalni radnik i ja ćemo razmotriti ovaj IRP plan ponovno dana navedenog dole.

Provider: _____
Pružaoc usluga: _____

Address: _____
Adresa: _____

Must contact provider by this date: _____
Moram kontaktirati pružaoca usluga do ovog datuma: _____

Contact person Name: _____
Osoba za kontakt: _____

Phone Number: _____
Broj telefona: _____

Date of next IRP review: _____
Datum slijedećeg IRP razmatranja: _____