Washington State
Department of Social
& Health Services

ОБУЧЕНИЕ

Дневной курс базового образования (BE, ES, GE или HS)

Я приму участие в дневном курсе базового образования программы WorkFirst (WorkFirst Basic Education), который проводится указанным ниже поставщиком услуг по указанному ниже адресу в течение указанного ниже периода времени. Я буду посещать все запланированные встречи и занятия, выполнять все необходимые задания и прилагать все силы для обучения. Если я не смогу посетить занятия, я позвоню указанному ниже контактному лицу по указанному ниже телефону в тот же день или заранее и объясню причину моего отсутствия. Я понимаю, что, если я не позвоню в тот же день, мое отсутствие будет признано отсутствием без уважительной причины, и что это может привести к применению санкций. Мне обеспечен надлежащий уход за ребенком и для меня решены вопросы проезда, и проезд не является проблемой. Менеджер по моему делу совместно со мной повторно рассмотрит данный план личной ответственности (Individual Responsibility Plan, IRP) в указанный ниже день.

____ I am getting the training from a community or technical college, so I am also required to turn in weekly attendance sheets to the college and meet quarterly with my WorkFirst college coordinator to review my grades and progress in the class.

____ Я прохожу подготовку в общественном или техническом колледже, поэтому я также обязан (а) еженедельно сдавать в колледж отчеты о посещаемости и ежеквартально встречаться со своим координатором программы WorkFirst по обучению в колледже для изучения моих оценок и моих успехов в обучении.

____ Basic education
____ Базовое образование

____ GED/High School completion
____ Получение диплома об общеобразовательной подготовке (General Equivalency Diploma, GED)/окончание средней школы (High School)

____ Family Literacy
____ Грамотность в семье

____ English as a Second Language
____ Изучение английского как второго языка

Provider: _____
Поставщик услуг: _____

Address: _____
Адрес: _____

Begin and end date of services: _____
Дата начала и окончания предоставления услуг: _____

Contact Name: _____
Имя контактного лица: _____

Phone Number: _____
Номер телефона: _____

Date of next IRP review: _____
Дата следующего рассмотрения плана IRP: _____