Washington State
Department of Social
& Health Services

PUT ZA OSOBE SA OGRANIČENIM POZNAVANJE ENGLSEKOG JEZIKA LEP PATHWAY

Put za osobe sa ograničenim poznavanjem sngleskog jezika - LEP Pathway (LP)

Ja sam saglasan da učestvujem puno radno vrijeme u aktivnostima za osobe sa ograničenim poznavanjem engleskog jezika, WorkFirst LEP Pathways, sa dole navedenim pružaocem usluga, na adresi dole naznačenoj, u trajanju od narednih 90 dana. Ja ću se osobno javiti sa početkom ne kasnije od dana i vremena dole navedenog. Ja ću učestvovati u svim aktivnostima predviđenih od strane LEP Pathways saradnika. Ove aktivnosti će uključivati:

_____ Job Search
_____ Traženja posla

_____ Training
_____ Obuka

_____ English as a Second Language
_____ Engleski kako drugi jezik

_____ Job Coaching
_____ Trening za posao

_____ Other Issues (like substance abuse treatment or counseling):
_____ Ostali problemi (kao tretman zbog korištenja zabranjenih substanci ili savjetovanje):
_____

Ukoliko ne mogu učestvovati kako se to od mene zahtjeva, ja ću nazvati na dole navedeni broj telefona na taj dan i objasniti zašto ne mogu doći. Razumijem da ukoliko ne nazovem istoga dana, izostanak će se smatrati neopravdanim, te da dva neopravdana izostanka mogu rezultirati sankcijom. Ja imam riješen problem čuvanja djece i prevoza, te oni ne predstavljaju problem. Moj socijalni radnik/socijalni radnik za izbjeglice i ja ćemo razmotriti ovaj IRP plan ponovno dana navedenog dole.

Provider: _____
Pružaoc usluge: _____

Address: _____
Adresa: _____

Time and date to begin services: _____
Dan i vrijeme početka usluge: _____

Phone Number: _____
Broj telefona: _____

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