Washington State
Department of Social
& Health Services

PROGRAMA LEP PATHWAY

Programa LEP Pathway (LP)

Acuerdo participar a tiempo completo en las actividades del programa LEP Pathways de WorkFirst con el proveedor indicado en el domicilio mencionado abajo por los próximos 90 días. Me presentaré en persona comenzando a más tardar en la fecha y hora indicada a continuación. Participaré en todas las actividades según lo requiera el contratista de LEP Pathways. Estas actividades incluirán:

_____ Job Search
_____ Búsqueda de empleo

_____ Training
_____ Capacitación

_____ English as a Second Language
_____ Inglés como segundo idioma

_____ Job Coaching
_____ Asesoría en el empleo

_____ Other Issues (like substance abuse treatment or counseling):
_____ Otros asuntos (tales como tratamiento o consejería para el abuso de sustancias):

_____

Si no pudiera participar según se requiera, llamaré al número de teléfono indicado abajo el mismo día o antes y explicaré la razón por la cual no puedo asistir. Entiendo que si no llamo el mismo día o antes, se considerará una ausencia inexcusable y que dos ausencias inexcusables en un mes pudieran resultar en una sanción. Cuento con cuidado infantil apropiado y la situación de transporte no es un problema, ya que se ha dialogado. Revisaré junto con mi administrador de caso/Trabajador Social para Refugiados la presente IRP nuevamente en la fecha estipulada.

Provider: _____
Proveedor: _____

Address: _____
Domicilio: _____

Time and date to begin services: _____
Hora y fecha para comenzar los servicios: _____

Phone Number: _____
Número de teléfono: _____

Date of next IRP review: _____
Fecha de la próxima revisión del IRP: _____