Washington State
Department of Social
& Health Services

무보수 직업

비기관 커뮤니티 서비스 (XS)

본인은 아래 날짜에 다음 주소에 소재한 서비스 제공처가 제공하는 커뮤니티 서비스 활동에 참여할 것입니다. 본인은 본인의 능력을 다해 계획된 모든 활동에 참석하고 맡겨진 임무를 완수하며, 참여할 것입니다. 본인이 요구된 임무나 활동을 위해 참석치 못할 경우 당일 혹은 그 전에 아래 전화번호로 연락하여 불참 이유를 말할 것입니다. 당일 혹은 그 전에 전화를 하지 않으면 무단 불참으로 취급하고 본인을 상대로 제재조치를 취할 수 있음을 알고 있습니다. 본인에게는 본인의 아이를 돌볼 사람(데이케어)이 있으며, 교통편도 해결되었기 때문에 아무런 문제가 없습니다. 제 WorkFirst 케이스 매니저와 본인은 아래 날짜에 이 IRP 를 재검할 것입니다.

I will participate _____ full-time _____ ¾ time _____ ½ time _____ ¼ time
본인은 다음과 같이 출석할 것입니다. ____풀-타임 ____ ¾ 타임____ ½ 타임 ____ ¼ 타임

Provider: _____
서비스 제공처: _____

Address: _____
주소: _____

Begin and end date of services: _____
활동 기간(시작 및 만기일자) : _____

Phone Number: _____
전화번호: _____

Date of next IRP review: _____
다음 IRP 재검 일자: _____