Washington State
Department of Social
& Health Services

解決存在的問題
（通常為非合同性質）

其他解決存在問題的活動(TP, XB, XC, XD, XG, XE, XH, XM, XP)

我將在下列地點及日期參加由以下服務提供機構舉辦的活動。我將參加的活動有助於幫助解決以下問題，這些問題對我參加工作或幫助我照看我的孩子有影響。若我不能按照事先安排赴約或者不能參加已約定的活動，我將於不能參加的當日或提前按照下列電話號碼打電話請假。本人明白，如果我未於當日或提前打電話請假，將按無故缺勤處理，而且一個月內若有兩次無故缺勤，會使我受到制裁。我已作好適當的托兒安排並且有辦法解決交通工具問題，在這兩方面沒有困難。我的個案管理人員將與我一起再次審閱這項個人責任計畫(IRP)，日期如下。

I will participate _____ full-time _____ ¾ time _____ ½ time _____ ¼ time
我將利用 _____全部時間 _____四分之三時間 _____一半時間 _____四分之一時間參加

Provider: _____
服務提供機構：_____

Address: _____
地址：_____

Begin and end date of services: _____
服務開始和結束的日期：_____

_____ Create appropriate living arrangements or enroll in a high school/GED program.
_____作出適當的居住安排或者參加高中/GED 課程學習。

_____ Pursue SSI, L&I, VA, or other benefits
_____申請安全收入津貼、勞工與工商保險、退役軍人管理(VA)計畫福利，或其他福利

_____ Find child care or care for an incapacitated adult
_____獲得托兒服務或者為失去工作能力的成人尋找看護服務

_____ Do the activities in my DVR Plan
_____參加我的職業康復計畫(DVR)中所規定的活動

_____ Alcohol or substance abuse treatment
_____酒精或毒品戒除治療

_____ Mental Health Services
_____心理保健服務

_____ Resolve homelessness or housing issues
_____針對無家可歸或住房問題尋找解決辦法

_____ Medical Services
_____醫療服務

_____ Parenting skills, nutrition classes, and family planning services
_____撫養子女的能力、營養衛生課、家庭生育計畫服務

Phone Number: _____
電話號碼：_____

Date of next IRP review: _____
下一次個人責任計畫(IRP)審閱日期：_____