Washington State
Department of Social
& Health Services

حل و فصل مسائل
(معمولاً بدون قرارداد)

حل و فصل مسائل دیگر (TP, XB, XC, XD, XG, XE, XH, XM, XP)

من با تأمین کننده ای که در زیرذکرشده است درمحلی که در زیرذکرشده است برای تاریخهائی که در زیرذکرشده است شرکت خواهم کرد. من درفعالیتهائی که برای رسیدگی به مسائلی که در زیر ذکرشده است و مانع قابلیت من برای کارکردن میشود یا کمك به من جهت نگهداری ازکودکانم شرکت خواهم کرد. اگرنتوانم دروقت ملاقاتهای برنامه ریزی شده بیایم یا درفعالیتهای موافقت شده شرکت کنم با شماره تلفنی که در زیر ذکرشده است درهمان روز یا قبل از آن روزی که نمیتوانم شرکت کنم تماس خواهم گرفت. متوجه هستم که اگردرهمان روز یا پیش ازآن روزتلفن نکنم، یك غیبت غیرموجه تلقی خواهد شدو دو غیبت غیرموجه درماه ممکن است منجربه جریمه شود. من برای نگهداری کودکان و ایاب و ذهاب ترتیبات مقتضی راداده ام ومسئله ای نمیباشد. مدیرپروندهء من وخودم درتاریخی که در زیر ذکرشده است دوباره این IRP رامرور خواهیم کرد.

I will participate _____ full-time _____ 3/4 time_____ 1/2 time_____ 1/4 time
من شرکت خواهم کرد_____ تمام وقت _____ 3/4 وقت _____ 1/2 وقت _____
1/4 وقت _____

Provider:_____
تأمین کننده: _____

Address:_____
نشانی: _____

Begin and end date of services: _____
تاریخ شروع و خاتمهءخدمات: _____

Create appropriate living arrangements or enroll in a high school/GED program. _____
_____ خلق یك محیط زندگی مناسب یا ثبت نام در یك برنامهء دبیرستانی\GED

Pursue SSI, L&I, VA, or other benefits _____
_____ دنبال کردن SSI, L&I, VA, یا مزایای دیگر

Find child care or care for an incapacitated adult _____
_____ پیداکردن خدمان مراقبت ازبچه یا یك فردبالغ فاقدصلاحیت

Do the activities in my DVR Plan _____
_____ انجام فعالیتهای طرح DVR خود

Alcohol or substance abuse treatment _____
_____ درمان سوء مصرف الکل یا مواد

Mental Health Services _____
_____ خدمات تندرستی روانی

Resolve homelessness or housing issues _____
_____ حل و فصل مسائل بی خانمانی یا مسکن

Medical Services _____
_____ خدمات بهداشتی\درمانی

Parenting skills, nutrition classes, and family planning services _____
_____ مهارتهای نگهداری ازاولاد، کلاسهای تغذیه، و خدمات تشکیل خانواده

Phone Number:_____
شماره تلفن: _____

Date of next IRP review:_____
تاریخ مرور IRP بعدی:_____