Washington State
Department of Social
& Health Services

НАПРАВЛЕНИЯ

Направления (RO, RA, RT, RZ, SR)

Я свяжусь с указанным ниже поставщиком услуг до указанной ниже даты, чтобы начать получать указанные ниже услуги. Если я не смогу посетить собеседование, я позвоню по указанному ниже телефону в тот же день или заранее и объясню причину моего отсутствия. Я понимаю, что, если я не позвоню в тот же день или заранее, мое отсутствие будет признано отсутствием без уважительной причины, и что два случая отсутствия без уважительной причины могут привести к применению санкций. Мне обеспечен надлежащий уход за ребенком и для меня решены вопросы проезда, и проезд не является проблемой. Менеджер по моему делу программы WorkFirst совместно со мной вновь рассмотрит данный план личной ответственности (Individual Responsibility Plan, IRP) в указанный ниже день для оценки требований, приведенных в моем плане IRP.

Provider: _____
Поставщик услуг: _____

Address: _____
Адрес: _____

Must contact provider by this date: _____
Я обязан (а) связаться с поставщиком до данной даты:_____

____ Drug or Alcohol Referral
____ Направление на лечение алкогольной или наркотической зависимости

____ To resolve this issue: _____
____ Для решения данной проблемы: _____

____ Customized Job Skills Training or High-Wage, High Demand Training
____ Индивидуальное обучение профессиональным навыкам или обучение высокодоходным, пользующимся высоким спросом специальностям

____ Other Training
____ Прочее обучение

____ Tribal Activities
____ Мероприятия племени

_____ Create appropriate living arrangements or enroll in a high school/GED program
_____ Создание надлежащих жилищных условий или зачисление в среднюю школу/ программу получения диплома об общеобразовательной подготовке (GED program)

_____ Pursue SSI, L&I, VA, or other benefits
_____ Получение Дополнительной социальной помощи (SSI), пособий Департамента труда и промышленности (L&I), Управления по делам ветеранов (VA) или других льгот

_____ Find child care or care for an incapacitated adult
_____ Поиск лиц или организаций, обеспечивающих уход за детьми или нетрудоспособными совершеннолетними

_____ Do the activities in my DVR Plan
_____ Выполнение деятельности согласно моему плану отдела профессиональной реабилитации (DVR Plan)

_____ Alcohol or substance abuse treatment
_____ Лечение алкогольной или наркотической зависимости

_____ Mental Health Services
_____ Психиатрические услуги

_____ Resolve homelessness or housing issues
_____ Решение проблем отсутствия жилья или жилищных условий

_____ Medical Services
_____ Медицинское обслуживание

_____ Parenting skills, nutrition classes, and family planning services
_____ Навыки воспитания детей, курсы правильного питания и услуги по планированию семьи

_____ Family Violence
_____ Насилие в семье

Phone number: _____
Номер телефона: _____

Date of next IRP review: _____
Дата следующего рассмотрения плана IRP: _____