Washington State Department of Social & Health Services

Giới Thiệu Các Dịch Vụ Việc Làm Cho Người Tỵ Nạn Nhận Trợ Cấp Tiền Mặt (RCA)

Nhà Thầu Được Chỉ Định [ ]

Tiêu Chuẩn Thu Nhập và chi trả hàng tháng:

Cỡ Hộ Gia Đình	Tiêu Chuẩn Thu Nhập Gộp	Tiêu Chuẩn Chi Trả
1	$ 610	$ 305
2	$ 770	$ 385

Mục Tiêu Việc Làm: Không cần dựa vào trợ cấp tiền mặt RCA bằng cách kiếm được số tiền làm việc bằng hoặc nhiều hơn tiêu chuẩn thu nhập gộp hiện hành trên đây.

Thông Tin Thân Chủ		
Tên (viết in):		
ID Thân Chủ #:	**Ngôn Ngữ Chính:**	
Ngày sinh:	**Ngày Tiếp Nhận:**	**Điện Thoại:**
Ngoại Kiều #:	**eJAS #:**	**SSN:**
Địa chỉ liên hệ:		
Thành phố:	**Tiểu bang:**	**Mã vùng:**

Chữ ký của quý vị cho thấy quý vị hiểu rằng quý vị phải tham gia các hoạt động đưa đến việc làm có thể có sớm nhất. Điều này có nghĩa là quý vị phải:

- Làm việc, tìm việc, hoặc chuẩn bị làm việc.
- Liên hệ với cơ quan bên dưới và đăng ký các hoạt động tìm việc trước ngày liệt kê dưới đây.
- Gọi DSHS theo số _____ càng sớm càng tốt nếu quý vị cảm thấy mình không thể tiếp tục làm việc, tìm việc hoặc chuẩn bị làm việc vì bất kỳ lý do nào.
- Báo cho DSHS theo số _____ khi quý vị chuyển hoặc tìm việc.

Nếu quý vị không thực hiện các hoạt động này và quý vị không có một lý do chính đáng nào để thực hiện, khi đó quý vị sẽ phải chịu hình phạt. **Hình phạt lần thứ nhất có nghĩa là quý vị không thể nhận được trợ cấp tiền mặt RCA trong 3 tháng.** Quý vị có thể tái nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt sau 3 tháng. **Quý vị có thể không bao giờ nhận được trợ cấp tiền mặt RCA lần nữa nếu quý vị đang chịu hình phạt lần thứ hai.**

Quý vị phải liên hệ với cơ quan sau đây để giúp quý vị hỗ trợ việc làm trước (ngày)_____:

Tên & Số Điện Thoại Cơ Quan: _____

Địa Chỉ Cơ Quan: _____

_____ _____

Chữ Ký Của Thân Chủ Ngày

Tôi đã nhận được một bản sao thỏa thuận này. Tôi có quyền yêu cầu một cuộc tái xét hồ sơ và/hoặc một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với thỏa thuận này. Để yêu cầu một phiên điều trần, tôi phải liên hệ với Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng của tôi hoặc Office of Administrative Hearings, DSHS, P.O. Box 42488, Olympia, WA 98504-2488 trong vòng 90 ngày kể từ ngày ký của nhân viên DSHS dưới đây.

_____		_____
Chữ Ký Của Thông Dịch Viên	**hoặc**	Ngày
Dịch vụ thông dịch trên điện thoại được cung cấp bởi (cơ quan) _____		và thông dịch viên #: _____
_____		_____
Chữ Ký Của Nhân Viên DSHS		Ngày