

근로 연계 복지(WTW) 24개월 기한 종료 검토 일정 안내(END OF WELFARE-TO-WORK 24-MONTH TIME CLOCK REVIEW) APPOINTMENT LETTER

이름 _____

날짜 _____

사례 번호 _____

귀하의 약속 일자 는 _____ (날짜), _____ (시간) 로 예정되어 있으며,

장소는 _____ 주소 _____ 입니다.

본 약속의 목적은 귀하의 근로 연계 복지 24개월 기한(Welfare-to-Work 24-Month Time Clock)에 대해 재검토를 실시하고, 근로 연계 복지 플랜을 조정하여 CalWORKs 연방 기준에 부합하는 활동을 포함시키도록 하는 것입니다. 이것은 귀하가 근로 연계 복지 24 개월 기한을 모두 소진한 후 충족시켜야 하는 요건에 해당합니다.

본 약속은 매우 중요합니다.

귀하가 본 약속 일정을 맞출 수 없는 경우, 근로 연계 복지 플랜 담당 복지사 _____ 에게 전화 (_____) _____ 하여 약속 일자를 다른 날로 잡으십시오. 담당자와 통화가 안 되는 경우, 약속 일자 전에 메시지를 남겨 주십시오. 그러면 담당자가 귀하에게 다시 전화드릴 것입니다.

중요 고지 사항

- 본 약속을 지키지 않으면 현금 보조금(cash aid)이 줄어들 수 있습니다.
- 예정된 약속을 지키지 않은 경우, 본 안내서에 제시된 약속 일자가 되기 전에 다른 날로 일정을 변경하는 것은 귀하의 책임입니다.
- 약속을 변경하려면 귀하의 근로 연계 복지한(Welfare-to-Work) 담당 복지사에게 연락하십시오.
- 귀하는 근로 연계 복지(Welfare-to-Work) 플랜의 연장 자격이 될 수도 있습니다. 연장 신청서가 동봉되어 있습니다.