

ВЗАИМНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПРОГРАММЫ Kin-GAP ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, БЫВШИХ ИЖДИВЕНЦЕВ

| |
|---------------|
| НАЗВАНИЕ ДЕЛА |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ |
| НОМЕР ДЕЛА |

Я прошу, чтобы _____ Департамент Пробации/Социальных услуг для детей или
(circle appropriate public agency)

_____ племя сохранили мой продленный платеж программы Kin-GAP.

Признавая свою ответственность, я согласен:

1. Оказание помощи ответственным государственным органом в определении мои финансовых потребностей и права при получении оплаты Kin-GAP.
2. Обновлять / уведомлять ответственное государственное учреждение и родственника опекуна, если есть какие-либо изменения в моих обстоятельствах и условиях проживания.

Выберите критерии ниже:

3. Я старше 18 лет и имею документально подтвержденную физическую или психическую инвалидность, что гарантирует продолжение получения помощи Kin-GAP, пока мне не исполнится 21 год, в соответствии с Welfare and Institutions Code (W&IC) sections 11363(c)(2) и 111386(g)(2).
4. Я соответствую, по крайней мере, одному из пяти критериев участия, как это предусмотрено в W&IC section 11403(b). Я (отметьте все, что относится к вам):
 - Заканчиваю среднюю школу или эквивалентную программу.
 - Зачислен или записываюсь в высшее или профессионально-техническое училище.
 - Участвую в программе или деятельности, которая способствует трудоустройству или устраняет барьеры трудоустройства.
 - Трудоустроен по крайней мере 80 часов в месяц.
 - Не в состоянии участвовать в 1-4 выше, в связи с документированным физическим или психическим состоянием.
5. Держите ответственное государственное учреждение информированным о моем прогрессе о моем образовании / программе обучения .

| | |
|---|---|
| ПОДПИСЬ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА/ДЕВУШКИ/УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ Kin-GAP | РАБОТНИК, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРАВО МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА НА ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ Kin-GAP |
| АДРЕС | АДРЕС |
| ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН | АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН |
| РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН | РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН |
| ДАТА | ДАТА |