

## ФОРМА ЗАПРОСА ПРОДЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ 24-МЕСЯЧНОГО ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WELFARE-TO-WORK (WTW) ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ВАШЕ ИМЯ		<b>COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)</b>	
АДРЕС		COUNTY	
УЛИЦА			
ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	CASE NAME	
ТЕЛЕФОН	CASE NO.	OTHER ID NO.	
( )			
<b>ВОПРОСЫ? ОБРАТИТЕСЬ К РАБОТНИКУ</b>		WORKER NAME	

Когда вы используете все 24 месяца вашего ограничения времени программы WTW, вам придется выполнять другие правила программы Welfare-to-Work, чтобы продолжать получать вашу часть денежной помощи и вспомогательных услуг. Однако, вы можете получить продление вашего 24-месячного ограничения времени программы WTW, если вы соответствуете одному из нижеперечисленных условий.

Пожалуйста, отметьте, что относится к вам. Пожалуйста, подпишите форму и поставьте дату. Вместе с этой формой, пожалуйста, предоставьте округу любое подтверждение, которое поможет округу определить, можете ли вы получить продление 24-месячного ограничения лимита времени программы WTW и продолжать участвовать в деятельности вашего плана welfare-to-work.

### **ДА**    **НЕТ**    **ПРОДЛЕНИЕ 24-МЕСЯЧНОГО ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WTW**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Вы в образовательной программе, в том числе программе начального образования для взрослых, профессионального обучения или в программе по собственной инициативе, которую вы скоро закончите? Если да, когда ваш выпускной, перевод или дата окончания? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Вы в программе лечения, как например, программа лечения от злоупотребления алкоголем или наркотиками или психического здоровья, которую вы скоро закончите? Если да, то какая дата завершения? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Вам нужно больше времени, чтобы закончить деятельность вашего плана программы welfare-to-work из-за сниженной способности к обучению или другой инвалидности?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Подали ли вы анкету на получение дополнительного дохода по инвалидности (SSI)? Если да, когда будет проводиться слушание вашего дела? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Вы состоите в семейной группе, состоящей из двух родителей, в которой родитель еще не использовал весь 24-месячный лимит времени программы WTW?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Вероятно ли, что вы получите работу в течение следующих шести месяцев? Пожалуйста, объясните ниже.<br>_____<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Были ли изменения на рынке труда, из-за которых вы не смогли получить работу, и теперь вам нужно больше времени для получения работы? Пожалуйста, объясните ниже.<br>_____<br>_____  |

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

### **ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕСЬ К СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ В ОТНОШЕНИИ ЭТОЙ ФОРМЫ.**

- Если вам нужно подтверждение вашего состояния, ваш социальный работник может вам помочь.
- Вы получите извещение, если вам продлят или не продлят 24-месячный лимит времени программы WTW, и причину этого.
- Если вы не согласны с округом, вы можете попросить об административном слушании вашего дела.
- Если вы считаете, что вы не должны быть в программе Welfare-to-Work и не просили об освобождении или вам нужна дополнительная информация об освобождении от участия в программе Welfare-to-Work, пожалуйста, обратитесь к вашему социальному работнику.