

ПЕРЕСМОТР ДЕЛА ОБ ОКОНЧАНИИ 24-МЕСЯЧНОГО ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WELFARE-TO-WORK НАЗНАЧЕНИЕ НА СОБЕСЕДОВАНИЕ

ИМЯ _____

ДАТА _____

НОМЕР ДЕЛА _____

Вам назначено собеседование _____ числа в _____ часов
(дата) (время)по адресу: _____
(адрес)

Цель этого собеседования заключается в пересмотре вашего 24-месячного ограничения времени программы Welfare-to-Work и для корректировки вашего плана Welfare-to-Work, чтобы включить деятельность, которая соответствует федеральным стандартам программы CalWORKs. Это требование, которое вы должны выполнить после того, как вы используете все время 24-месячного лимита времени программы Welfare-to-Work.

Это **очень** важное собеседование.

Если вы не можете прийти на это собеседование, пожалуйста, позвоните вашему социальному работнику программы Welfare-to-Work, _____, по телефону (_____) _____, чтобы перенести ваше собеседование на другую дату. Если вы не сможете дозвониться до вашего работника, пожалуйста, оставьте сообщение до даты собеседования и работник перезвонит вам.

ВАЖНЫЕ НАПОМИНАНИЯ

- Если вы не придете на собеседование, ваша денежная помощь может быть уменьшена.
- Если вы не придете на собеседование, перенести собеседование, до даты собеседования указанной в письме, является вашей ответственностью.
- Чтобы перенести ваше собеседование, пожалуйста, обратитесь к вашему социальному работнику программы Welfare-to-Work
- Возможно, вы имеете право на продление времени в программе Welfare-to-Work; форма запроса продления приложена.