

ЗАЯВЛЕНИЕ СТУДЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПРОГРАММЫ WTW*

ОКРУГ

НАЗВАНИЕ ДЕЛА

ИМЯ УЧАСТНИКА

ИМЯ РАБОТНИКА

Программа WTW оплачивает необходимые для вас, вспомогательные услуги, чтобы вы могли участвовать в деятельности программы WTW или работать. Этими вспомогательными услугами являются: присмотр за детьми, оплата транспортных расходов, оплата дополнительных расходов (например: инструментов, форменной одежды, учебников, учебных принадлежностей) и оплата личных консультаций. Если необходимые вспомогательные услуги недоступны, у вас будет уважительная причина для отказа от участия в программе.

Я понимаю, что я не обязан использовать любую часть моей студенческой финансовой помощи (субсидии для студентов, займа, субсидии для работы/обучения), чтобы оплачивать вспомогательные услуги, которые я могу получить от программы WTW.

Я понимаю, что могу частично или полностью использовать мою студенческую финансовую помощь для оплаты услуг, которые я могу получить от CalWORKs, пока я участвую в программе WTW.

Я понимаю, что если я соглашусь использовать частично или полностью мою студенческую финансовую помощь на вспомогательные услуги, то:

- Я могу изменить свое решение в любое время и прекратить использовать эти средства на вспомогательные услуги.
- Если я изменю мое решение, округ снова будет оплачивать вспомогательные услуги для меня. Я должен заполнить часть В этой анкеты.
- Если я изменю мое решение, округ не будет оплачивать расходы, которые я согласился оплачивать до того, как я сказал округу, что я изменил свое решение.

ЧАСТЬ А: ДОБРОВОЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДОВ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ОПЛАЧЕНЫ ПРОГРАММОЙ CalWORKs

- Нет.** Я не хочу использовать мою финансовую помощь на оплату вспомогательных услуг.
- Да.** Я добровольно хочу использовать мою финансовую помощь для оплаты вспомогательных услуг, указанных ниже:
- Расходы по присмотру за детьми \$ _____ за _____ начиная _____ и заканчивая _____
- Транспортные расходы \$ _____ за _____ начиная _____ и заканчивая _____
- Дополнительные расходы \$ _____ за _____ начиная _____ и заканчивая _____
- Личные консультации \$ _____ за _____ начиная _____ и заканчивая _____

НАСТОЯЩИМ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПОНИМАЮ ЭТУ АНКЕТУ И ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ ИСТИННО И ДОСТОВЕРНО.

Подпись участника: _____ Дата: _____

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО Я СООБЩИЛ УЧАСТНИКУ, ЧТО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ОПЛАТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ОПЛАЧЕНЫ ОКРУГОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ДОБРОВОЛЬНО И Я ПРЕДОСТАВИЛ КОПИЮ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ УЧАСТНИКУ.

Подпись работника округа, получившего Часть А: _____ Дата: _____

ЧАСТЬ В: ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОНДОВ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ НА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

- СТОП.** Я хочу прекратить использовать мою финансовую помощь для оплаты вспомогательных услуг.

НАСТОЯЩИМ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ ИСТИННО И ДОСТОВЕРНО.

Подпись участника: _____ Дата: _____

Округ получил часть В _____ числа. Вы получите извещение, в котором будет указано, какие вспомогательные услуги округ может оплатить. Также, вы получите копию этой формы, когда она будет заполнена.

Подпись работника округа, получившего часть В: _____ Дата: _____

* = Программа для перехода от социального обеспечения к работе