

私は、 _____, 以下を選択しています。 _____
(学生の氏名) (雇用機関名)

学業から就職までのプログラム (S2W) に対する私の雇用機関 (機関)。

- 私は 2 年間の S2W モデルに参加しており、仕事基金は _____ から始まるサービスの最初のフェーズです。
- 私は 1 年間の S2W モデルに参加しており、S2W の開始日を _____ と予想して、 _____ に仕事基金から始まります。
- 私は仕事基金に参加しておらず、 _____ に S2W サービスを開始します。

私の S2W チーム：

_____, _____ 学区における教師
親/提供者、 _____
雇用コンサルタント (決定した場合), _____
発達障害管理局ケースマネージャ (該当する場合) _____
職業リハビリテーション指導部 (決定した場合), _____

私は、以下の事項を理解しています。

- 私が仕事基金に参加している場合は、機関は私の報告書をキング郡に提出し、受領後 30 日以内に審査対象となります。
- 私が 1 年間の S2W モデルに参加している場合、仕事基金の終了と S2W のサービス開始の間に、サービスの切れ目が生じる可能性があります。S2W サービスへの資金提供が許可される前には、キング郡が仕事基金の報告書を承認する必要があります。
- 私の機関は、私が 21 歳になる 6 月に学校を卒業して移行する前に、S2W チームと協力して仕事を見つける手助けをします。しかし、私は S2W を通じて仕事を保証されるわけではありません。
- 私に代わって良い仕事が見つかった場合、私は在学中にその仕事を引き受け、それに応じて学校の予定を変更することを希望します。
- S2W は、学校卒業後の私のサービスに対する資金提供を期待していますが、保証することはできません。S2W チームは、利用可能な全ての資金調達の実態を調査する際に、私を支援します。
- 私は、サービスに関する質問や懸念がある場合か、あるいは機関を変更したい場合、S2W チームの誰かに連絡を取ります。

この様式に記入・署名することにより、私はキング郡発達障害・幼児部に、前述の日付から有効な支援雇用サービスに対する資金提供を要請します。

_____ (学生)	_____ (日付)
_____ (雇用機関代表者)	_____ (日付)
_____ (親 / 提供者)	_____ (日付)
_____ (親以外の場合は、保護者 / 提供者)	_____ (日付)

完全に記入した本様式を次にお送りください。 S2WReports@kingcounty.gov

連絡先：

Richard Wilson: (206) 263-9044
Richard.Wilson@kingcounty.gov

Emily Hart: (206) 477-7661
Emily.Hart@kingcounty.gov

Cassie Glenn: (206) 263-7999
cglenn@kingcounty.gov

TJ Protho: (206) 930-2496
tprotho@kingcounty.gov