

本人, _____, 已选择 _____
(学生姓名) (就业机构名称)

作为本人 School-to-Work 计划(S2W)的就业机构 (下称“机构”)。

- 本人正参加一个 2 年的 S2W 模型, Job Foundations 将是本人的第一阶段服务, 开始于_____.
- 本人正参加一项 1 年的 S2W 模型, 与 Job Foundations 开始于_____, 预计的 S2W 开始日期为_____.
- 本人没有参加 Job Foundations 并将于_____开始 S2W 服务。

本人的 S2W 团队:

老师, _____, 位于_____学区

家长/服务提供者, _____

就业顾问 (如果确定), _____

发育性残障服务管理局个案管理员 (如果适用), _____

职业康复科顾问 (如果确定), _____

本人明白:

- 如果本人参加 Job Foundations, 本人的机构会在收到报告后 30 天内将本人的报告提交给 King 县进行审查。
- 如果本人参加 1 年的 S2W 模型, 则在 Job Foundations 结束和 S2W 服务开始之间的服务可能存在差距。Job Foundations 报告必须经 King 县批准, 然后才能授权为 S2W 服务提供资金。
- 本人的机构将与本人的 S2W 团队合作, 帮助本人在本人 21 岁当年的六月份离开学校并从学校过渡之前找到一份工作; 但并不能保证本人一定会通过 S2W 获得工作。
- 如果本人找到了一份合适的工作, 本人愿意在在校期间接受这份工作, 并会相应修改本人的学习计划。
- S2W 期望, 但不能保证, 在学校结束时为本人的服务提供资金。S2W 团队将帮助本人发现所有可用的资助选项。
- 如果本人对服务有任何疑问或疑虑, 或者本人希望改变机构, 本人将会与 S2W 团队中的某人沟通。

通过填写和签署该表格, 本人申请 King 县发育性残障和早期儿童支持处对于上述日期生效的支持性就业服务提供资助。

(学生)

(日期)

(就业机构代表)

(日期)

(家长/服务提供者)

(日期)

(监护人, 如果不是家长/服务提供者)

(日期)

填妥该表格并发送至 S2WReports@kingcounty.gov

联系人:

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