

Je, _____, ai sélectionné _____
(Nom de l'étudiant) (Nom de l'agence pour l'emploi)

en tant qu'agence de placement (agence) pour le programme de transition école-travail (S2W).

- Je participe à un modèle S2W de 2 ans et Job Foundations sera ma première phase de service à partir de _____.
- Je participe à un modèle S2W d'une durée d'un an, en commençant par les Fondements de l'emploi sur _____ avec une date prévue de début du S2W sur _____.
- Je ne participe pas à Job Foundations et je commencerai les services S2W sur _____.

Mon équipe S2W :

Enseignant, _____, à _____ District scolaire

Parent/Prestataire, _____

Consultant en emploi (si déterminé), _____

Gestionnaire de cas de la Developmental Disabilities Administration (le cas échéant), _____

Conseiller de la Division of Vocational Rehabilitation (Division de la réhabilitation vocationnelle) (si déterminé), _____

Je comprends que :

- Si je participe au programme Job Foundations, mon agence soumet mon rapport au King County qui l'examine dans les 30 jours suivant sa réception.
- Si je participe à un modèle S2W d'un an, il se peut qu'il y ait une interruption des services entre la fin du programme Job Foundations et le début des services S2W. Le rapport Job Foundations doit être approuvé par le King County avant que le financement des services S2W puisse être autorisé.
- Mon Agence travaillera avec mon équipe S2W pour m'aider à trouver un emploi avant que je ne quitte l'école en juin de ma 21^e année et que je fasse la transition de l'école ; cependant, je ne suis pas assuré d'obtenir un emploi par le biais de S2W.
- Si l'on trouve un bon emploi correspondant à mon profil, je suis disposé à accepter le poste pendant que je suis encore aux études et je modifierai mon emploi du temps scolaire en conséquence.
- S2W s'attend, mais ne peut pas garantir, le financement de mes services à la fin de l'école. L'équipe S2W me soutiendra dans l'exploration de toutes les options de financement disponibles.
- Si j'ai des questions ou des préoccupations concernant mes services, ou si je souhaite changer d'agence, je communiquerai avec un membre de mon équipe S2W.

En remplissant et en signant ce formulaire, je demande que la division des handicaps de développement et de la petite enfance du comté de King finance des services d'emploi assisté à compter de la date ci-dessus.

(Étudiant)

(Date)

(Représentant de l'agence pour l'emploi)

(Date)

(Parent / Prestataire)

(Date)

(Tuteur, si autre que le parent / fournisseur)

(Date)

Envoyez ce formulaire dûment rempli à S2WReports@kingcounty.gov

Gestionnaires du programme S2W :

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