

본인 _____, 은(는) _____
 (학생 이름) (고용 기관 이름)을(를)

School-to-Work 프로그램(S2W) 고용 기관(기관)으로 선택했습니다.

- 본인은 2년 S2W 모델에 참여하며 본인의 첫 서비스 단계는 Job Foundations 로써 시작 시기는 다음과 같습니다 _____.
- 본인은 1년 S2W 모델에 참여하며 _____ Job Foundations 를 시작하고 예상 S2W 시작일은 다음과 같습니다 _____.
- 본인은 Job Foundations 에 참여하며 S2W 서비스 시작일은 다음과 같습니다 _____.

본인의 S2W 팀:

교사, _____, _____ 교육구
 부모/제공자, _____
 고용 컨설턴트(결정된 경우), _____
 Developmental Disabilities Administration(발달장애국) 사례 관리자(해당하는 경우), _____
 Division of Vocational Rehabilitation(직업재활부) 카운셀러(결정된 경우), _____

저는 다음을 이해합니다.

- 본인이 Job Foundations 에 참여할 경우 본인의 기관은 본인의 보고서를 King County 에 제출하여 수령 후 30 일 이내에 검토하도록 합니다.
- 본인이 1년 S2W 모델에 참여할 경우, Job Foundations 종료일과 S2W 서비스 시작일 사이에는 서비스 공백이 발생할 수 있습니다. Job Foundations 보고서는 S2W 서비스 자금 지원이 승인되기 전에 King County 의 승인을 받아야 합니다.
- 본인의 기관은 6 월에 본인이 21 세가 되어 학교를 떠나 전환하기 전에 본인의 S2W 팀과 함께 본인이 직업을 찾도록 도와줄 것입니다. 하지만 본인은 S2W 를 통한 일자리가 보장되지 않습니다.
- 본인에게 적합한 일자리가 확인될 경우, 본인은 학교에 다니는 동안 그 일자리를 수락할 것이며 그에 맞게 학교 일정을 수정할 것입니다.
- S2W 는 학교를 마칠 때 본인을 위한 자금 지원이 이루어질 것으로 예상하나 이를 보장할 수는 없습니다. S2W 팀은 본인이 이용 가능한 모든 자금 지원 방안을 알아보도록 지원할 것입니다.
- 본인의 서비스에 대한 질문이나 우려사항이 있을 경우, 본인이 기관을 변경하고자 할 경우, 본인은 S2W 팀에 소속된 사람과 소통할 것입니다.

본인은 이 양식을 작성하고 서명함으로써 위 날짜에 King County Developmental Disabilities and Early Childhood Division(발달장애 및 유아부) 자금 지원 고용 서비스를 요청합니다.

(학생)	(날짜)
(고용 기관 대표자)	(날짜)
(부모/제공자)	(날짜)
(부모/제공자가 아닌 보호자)	(날짜)

작성된 양식을 다음으로 보내주십시오 S2WReports@kingcounty.gov

문의:

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