

Я, _____, выбрал (-а) _____
(имя ученика) (название агентства по трудоустройству)

в качестве моего агентства по трудоустройству (Агентство) для программы School-to-Work (S2W).

- Я принимаю участие в 2-годичной модели программы S2W, при этом Job Foundations станет моей первой фазой предоставленных услуг, начиная с _____.
- Я принимаю участие в 1-годичной модели программы S2W, которая начинается с Job Foundations в следующую дату: _____, с ожидаемой датой начала S2W _____.
- Я не принимаю участия в Job Foundations и начну получать услуги S2W в следующую дату: _____.

Моя команда S2W:

Учитель, _____, школьный округ: _____

Родитель/Поставщик, _____

Консультант по вопросам трудоустройства (если назначен), _____

Курирующий менеджер из Администрации по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration) (если это применимо к вам)

Консультант Отдела по вопросам профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation Counselor) (если назначен), _____

Я понимаю следующее:

- Если я принимаю участие в Job Foundations, то мое Агентство отправляет мой отчет в округ Кинг (King County) для рассмотрения в течение 30 дней с момента его получения.
- Если я принимаю участие в 1-годичной модели программы S2W, то возможна задержка в предоставлении услуг между окончанием Job Foundations и началом предоставления услуг S2W. Отчет Job Foundations должен быть утвержден властями округа Кинг перед тем, как будет утверждено финансирование услуг S2W.
- Мое Агентство будет сотрудничать с моей командой S2W, чтобы помочь мне найти работу перед окончанием учебы в школе в июне, в год моего 21-летия и переходного периода после окончания учебы в школе, однако, получение рабочего места от S2W не гарантировано.
- Если для меня будет найдено хорошее рабочее место, то я выражаю готовность принять это предложение, проходя обучение в школе, и я изменю мое школьное расписание соответствующим образом.
- Программа S2W ожидает, что предоставляемые мне услуги будут финансироваться после окончания мной учебы в школе, однако она не гарантирует этого. Команда S2W будет поддерживать меня при поиске всех возможных вариантов получения финансирования.
- Если у меня возникнут вопросы или опасения по поводу получаемых мной услуг или если я захочу сменить агентство, то я сообщу об этом кому-либо из моей команды S2W.

Заполнив и подписав эту форму, я запрашиваю у Отдела поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста округа Кинг (King County Developmental Disabilities and Early Childhood Division) финансирование услуг по поиску трудоустройства с поддержкой, начиная с даты, указанной выше.

(Ученик)

(Дата)

(Представитель агентства по трудоустройству)

(Дата)

(Родитель/Поставщик)

(Дата)

(Опекун, если он/она не является родителем/поставщиком)

(Дата)

**Полностью заполните эту форму и отправьте ее по электронной почте на
S2WReports@kingcounty.gov**

Контактная информация:

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