



King County

发育性残障和早期儿童支持处(DDECSD)

School-to-Work (S2W)计划申请表

日期	学区	教师姓名
学校/计划的名称	退出年份	
是否是 King 县居民?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果不是, 请记录您所居住的县: _____
学生姓名:	_____	_____
	姓氏 名字 中间名首字母 常用名	
地址:	_____	_____
	街道 城市 邮政编码	
联系方式:	_____	_____
	住宅电话 手机 电子邮件	
是否是自己的法定监护人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
主要联系人/监护人/支持者:	(必须包括监护人 如果学生不是自己的监护人)	
姓名 _____	与学生的关系 _____	主要电话号码 _____ 电子邮件地址 _____
姓名 _____	与学生的关系 _____	主要电话号码 _____ 电子邮件地址 _____
人口统计信息		社会福利服务部发育障碍人士服务管理局信息
出生日期: _____	_____	DSHS/DDA 身份: (勾选√所有适用项)
月 日 年		当前是否是 DDA 客户: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 申请/重新申请/申诉
<input type="checkbox"/> 想自己描述: _____		如果不确定, 请拨打 206-568-5700
<input type="checkbox"/> 不想说		个案管理员姓名(若知道): _____
种族/民族 (勾选√所有适用项)		社会福利服务部职业康复处信息
<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民	是否曾向 DSHS/DVR 申请: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚洲人/亚裔美国人	DVR 顾问姓名(若知道): _____
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	
<input type="checkbox"/> 未列出的种族: _____		
首选语言: _____		社保福利金和收入
ASL: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		当前是否领取社保福利金: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
需要口译员: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		金额: \$ _____
其他: _____		

学生姓名： _____
 姓氏 名字 中间名首字母

学生证明/授权

- 本人承诺此申请表中的所有信息据我所知都是真实的。本人知道有人可能会查看这些信息并要求本人提供更多文件。本人也知道，如果信息不实并发现本人不符合资格，则本人可能会被终止该计划，如果本人故意就申请表上的信息撒谎，则可能会因欺诈和/或伪证罪受到起诉。本人允许使用这些信息来判定本人是否符合资格。应本人要求，本人将获得有关平等机会和上诉权利以及 1974 年《隐私法》的信息。
- 本人授权社会福利服务部发育障碍人士服务管理局(DSHS/DDA)向 King 县发育性残障和早期儿童支持处(DDECSD)提供信息，以确认本人是否符合条件并帮助本人获得服务。所有信息都将保密。
- 本人授权 DDECSD 在此计划结束后联系本人，为本人提供其他服务并询问参加 School-to-Work (S2W)计划的长期结果。

下方需要监护人签名

- 本人授权 DDECSD 协助本人的学生就业。
- 本人授权 DDECSD 与任何学校、学区或本人的学生目前就读或曾经就读的大学之间的信息交换。此信息交换授权获取与本人的学生成功参与 S2W 计划及相关活动有关的任何信息。本人明白，这可能包括标准化的考试结果、成绩单、出勤记录、成绩单以及来自辅导员、教师和其他职员的信息。
- 本人允许本人的学生充分参与 DDECSD 提供的教育、培训和就业相关咨询活动。
- 本人允许本人的学生参加和继续 DDECSD 安排的任何教育、工作和培训相关的实地考察或活动。
- 本人将提供任何有助于 DDECSD 为本人的学生提供服务的医疗信息(包括任何身体、心理或情绪问题、过敏，以及学生正在服用的处方药)。

具体指明:

- 本人授权在公共展示或媒体发布中使用本人学生的姓名和肖像，以增强社区对我们计划的认知。

签名

学生 _____

日期: _____

监护人 _____

日期: _____

(若不是学生本人)



King County
信息披露同意表

学生姓名: _____

姓氏
名字
中间名首字母

本人对下方勾选的机构给予同意:

- X King 县社区和公共服务部 发育性残障和早期儿童支持处(DDECSD)
- X 华盛顿州社会福利服务部 职业康复处(DVR)
- X 华盛顿州社会福利服务部 发育障碍人士服务管理局(DDA)
- X 华盛顿州盲人服务署
- X 华盛顿州各县: 过去、当前或未来的居民
- X 少年法庭, 教管部
- X United Indians of All Tribes Foundation
- X 已参加的公立或私立学校
- X 已申请和/或参加的社区学院
- X 已申请和/或参加的职业技术计划
- X 与 DDECSD 签约的就业服务供应商
- X 维权组织 Arc of King County, Open Doors for Multicultural Families
- X 居住或成人之家家庭服务提供者
- X 与 DDECSD 签约的技术援助供应商

披露与规划和提供职业服务相关的财务或任何其他必要信息

- X King 县社区和公共服务部 发育性残障和早期儿童支持处(DDECSD)
- X 华盛顿州社会福利服务部 职业康复处(DVR)
- X 华盛顿州社会福利服务部 发育障碍人士服务管理局(DDA)
- X 华盛顿州盲人服务署
- X 华盛顿州各县: 过去、当前或未来的居民
- X 少年法庭, 教管部
- X United Indians of All Tribes Foundation
- X 已申请和/或参加的公立或私立学校
- X 已申请和/或参加的社区学院
- X 已申请和/或参加的职业技术计划
- X 与 DDECSD 签约的就业服务供应商
- X 维权组织 Arc of King County, Open Doors for Multicultural Families
- X 居住或成人之家家庭服务提供者
- X 与 DDECSD 签约的技术援助供应商

本人明白, 这些信息将保密并不会影响我在 King 县发育性残障和早期儿童支持处的服务。

 学生签名

 日期

 监护人签名(若不是学生本人)

 日期



King County

Department of Community and Human Services
Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division
401 Fifth Avenue, CNK-HS-0500
Seattle, WA 98104
电话: 206-263-9105
TTY: 711
传真: 206-205-1632
www.kingcounty.gov/ddd/

照片同意和披露

School-to-Work 最佳实践: 宣传册、宣传资料、视频和成功案例。

学生姓名

地址

城市, 州, 邮政编码

本人在此同意并提前给予本人的许可来使用和复制本人拍摄的所有照片以用于互联网网页、出版物、展示、视频演示, 以及 King 县的广告。本人明白, 所有数字文件、底片、正片、印刷品和透明胶片皆为 King 县的财产并可以使用和复制, 无需向本人支付任何补偿。King 县的照片属于公共财产, 不受版权保护或不可商用。使用的例子包括但不限于, 宣传册、视频、成功案例、立法论坛资料和互联网网页。

本人特此免除 King 县和作者因使用照片和文字所产生的或与之相关的任何及所有索赔和要求, 包括任何及所有诽谤索赔。

本人年满 18 岁或更大

学生签名

日期

如果模特未满 18 岁或有监护人, 请填写

本人证明, 本人是指定模特的监护人并无保留地同意 King 县/Metro 使用和复制所述的照片。

监护人签名(若不是学生本人)

日期

尽管新闻和新闻照片通常不要求模特披露, 但这可减少 King 县侵犯隐私的责任。以下不要求同意书: 公共活动团体、执行公务的 King 县员工, 及新闻照片(除非可能被认为尴尬)。互联网上使用的照片要求模特披露。如果要求不拍摄某人, 摄影师应遵守。如果可能, 摄影师应告知被拍摄者照片的一般用途。如果任何人希望将使用限制在特定出版物或其他目的, 应在同意书上注明, 并由模特和摄影师签署姓名首字母。只要数字文件、透明胶片、印刷品或底片由 King 县保存, 机构都应保留签署的同意书。



King County

Department of Community and Human Services

Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division

King 县 School-to-Work (S2W)计划的学生、家庭、监护人和关键支持人信息

对于学生生活中的关键人物来说，了解 King 县 S2W 计划的机会和责任，同意支持学生的目标，并参与寻找带薪工作的过程非常重要。本文件提供了 S2W 计划最常见的问题，并说明了学生及其关键支持人的角色和责任。

家庭/关键支持人和学生的责任是什么？

- 了解计划的运作方式，并同意学习以下与学生工作目标相关的主题。
 - 社保福利金，工作奖励，及工作/Medicaid 和工作
 - 就业服务资助 姓名首字母 _____
- 参加社区外联活动，了解从学校到成人服务的过渡，了解 School-to-Work 计划，并联系 School-to-Work 就业服务机构。 姓名首字母 _____
- **与学区紧密合作。**了解学区是否选择了就业服务机构并通过嵌入式模型与所有学生合作。 姓名首字母 _____
- 如果没有，鼓励学生和关键支持人**面试三家就业服务机构以决定想与哪家合作并约见他们的就业顾问(教练、专家)**。鼓励参加就业基金会的学生在**第二年到最后一年过渡期的秋季**选择一家机构。鼓励所有学生**最迟在最后一年过渡期的夏季之前**选择他们的机构 姓名首字母 _____
- 学生将**负责自己的交通**，优先了解如何在就业前使用社区交通工具，如地铁或通道。 姓名首字母 _____
- **家长和其他关键支持人应参与就业发展过程**，方法是根据需要分享创意、社区联系，及潜在客户的联系信息。大多数人都是通过家庭关系找到第一份工作！ 姓名首字母 _____
- **学生必须在学校中就读：**
 - 学校职员提供培训和实习支持；只有学生就读，他们才能这样做。工作可以是学校一天的一部分，而学生在课堂上的时间可能很少。 姓名首字母 _____
 - 有时学生会失去第一份工作，需要返回学区寻求服务，直到找到另一份工作。 姓名首字母 _____

所有参与者如何合作？

此计划需要团队合作！ 关键的团队成员包括学生、其家庭/关键支持者、其教师和其他学校职员、就业服务机构、华盛顿州社会福利服务部职业康复处(DSHS/DVR)顾问，及发育障碍人士服务管理局(DDA)个案管理员。

- **要取得成功，建立开放的沟通和明确的期望至关重要。** 与就业服务机构建立良好的关系非常重要，这样您就可以在问题显露之前进行讨论。从一开始就让他们了解您的偏好和期望。大多数问题都只是因为缺乏沟通。如果对过程感到疑惑，应积极主动地打电话联系他们。其他问题可能归因于提供成人服务和学校服务的方式不同。 姓名首字母_____
- **团队成员需要定期会面和沟通，** 以便集思广益，制定战略，并就工作发展和培训的责任进行讨论。虽然将与包括就业服务机构和 DVR 在内的不同合作伙伴举行正式会议，但如果存在疑问或担忧，学生和家家庭/支持者应主动提出要求。**就业服务机构需要每月向学生及其支持者提供活动和进展的书面报告。** 姓名首字母_____

当学生获得一份工作时，会发生什么？

就业服务机构将与雇主和学生紧密合作。 他们将为学生提供**额外的工作培训**，让他们能够尽可能独立地完成任务。将解决**安全和监管问题**；但是，将鼓励人们承担**合理的风险**并制定自然支持策略。越独立的学生就会有越多的就业机会。 姓名首字母_____

一旦学生开始工作，**计划和日常生活可能会改变。** 学生团队可以通过**这些变化**继续对话或提供其他支持，并通过强调工作的价值和重要性来提供帮助。 姓名首字母_____

- **工作计划**可能包括晚间和/或周末时间。即使学校因天气、假期、提前放学等原因停课，学生也可能需要上班。
 - 如果学生**生病、迟到或想要休假或参加特殊活动**，应根据需要支持他们直接与雇主沟通。 姓名首字母_____
 - **工作计划可能与学校活动冲突，包括郊游、集会、生日派对等。**可以协商某些节假日；但如果没有，我们要求团队支持学生选择工作，并找到方法利用赚来的钱或其他休息时间来实现良好的工作/生活平衡。 姓名首字母_____
- 学生在工作时可能需要遵守**着装规定**或穿制服。他们可能需要在家里得到帮助，以确保他们按时起床、洗澡、穿着干净适宜的衣服，并且他们的外表和个人卫生适合工作场所。任何可能的时候都鼓励学生参加这些任务！ 姓名首字母_____

- 工作可能无法像在学校那样填满学生的每一天或每一周。虽然鼓励学生尽可能做全职工作，但大多数学生都从兼职工作开始。虽然计划的主要目标是有偿工作，但鼓励学生及其家庭/关键支持人利用最后一年的学习时间制定计划和资源，在放学后为学生创造充实且有意义的生活。
姓名首字母 _____

S2W 计划能否保证所有学生都能得到想要的工作？

- 此计划不能保证所有学生在离校后都有工作。它提供机会，在学生还在学校时努力实现此目标。如果学生在离校时并没有工作，他们将与关键服务机构建立联系，以便制定离校后的计划。
姓名首字母 _____
- 我们鼓励学生及其支持团队努力找到适合的工作，建立简历，并在职业道路上稳步前行。和我们大多数人一样，学生的第一份工作通常不是他们理想中的工作，但这是第一步。
姓名首字母 _____
- 此计划不能保证会长期地提供资助。此计划由 DDECSD 使用有限的县厘计税率资金进行资助，直至学年结束。DSHS/DVR 是 S2W 计划资助合作伙伴，但并不提供资金用于长期支持。这项支持可能对保持就业及建立职业路径至关重要。所有学生和/或其家庭/关键支持人都必须了解其长期资助选择，包括 DSHS/DDA。
姓名首字母 _____

学生能否改变其服务提供机构或退出计划？

- 学生可以选择在 S2W 计划期间或之后改变服务提供机构。但是，在较短的 S2W 计划期间改变服务提供机构可能会妨碍服务的交付。不能保证会提供新的服务提供机构。我们要求学生及其支持团队花时间面试至少 3 家就业服务机构，或与其学区和合作机构密切合作。
姓名首字母 _____
- S2W 计划的服务不是一项权利。法律并未要求 DDECSD 提供这些服务。DDECSD 要求学生及其支持团队仔细考虑入学前的资格和参与要求。重要的是，学生及其支持团队想要获得就业服务并同意积极参与计划。
姓名首字母 _____
- 如果学生或其支持团队认为就业服务机构没有提供关键服务，尽管做出了合理的沟通努力，他们也有责任通知 S2W 计划经理。计划经理将与团队合作来解决问题。如果没有解决方案，计划经理将通过其他机构为学生及其支持团队提供支持服务选择。
姓名首字母 _____
- DDECSD 要求每个学生的关键支持人了解此计划，参与并支持学生的就业目标。如果在计划期间，就业服务机构发现学生或其支持团队不支持学生的就业目标，尽管做出了合理的沟通努力，服务提供机构也将通知 S2W 计划经理尝试解决该问题。DDECSD 保留终止服务支付的权利，直至问题得到解决。
姓名首字母 _____

本人已阅读完整的 **School-to-Work** 申请表。本人明白并同意家长/监护人/关键支持人和学生的责任。

学生签名

日期

主要支持人签名

日期

监护人签名(若不是学生或主要支持人本人)

日期

提交申请表

请发送至 S2Wreports@kingcounty.gov 或寄送至

Department of Community and Human Services
Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division
401 Fifth Avenue, CNK-HS-0500
Seattle, WA 98104

S2W 计划经理:

Richard Wilson

计划经理

电话: 206-263-9044

Richard.Wilson@Kingcounty.gov

Emily Hart

计划经理

电话: 206-477-7661

Emily.Hart@Kingcounty.gov

Cassie Glenn

计划经理

电话: 206-263-7999

cglenn@kingcounty.gov

TJ Protho

计划经理

电话: 206-930-2496

tprotho@Kingcounty.gov