



King County

Отдел поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста (Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division, DDECSD)

Заявление на участие в программе School-to-Work (S2W)

Дата		Школьный округ		Имя и фамилия учителя		
Название школы/программы				Год выпуска		
РЕЗИДЕНТ ОКРУГА КИНГ (KING COUNTY)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если нет, напишите название округа, в котором вы проживаете: _____		
Имя и фамилия ученика: _____						
		Фамилия	Имя	Инициал среднего имени	Предпочтительное имя	
Адрес: _____						
		Улица	Город	Почтовый индекс		
Контактные данные: _____						
		Номер домашнего телефона	Мобильный	Электронная почта		
У вас есть законный опекун? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО / ОПЕКУН / ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛИЦО:				(Необходимо указать опекуна, если учащийся (-ая) не является опекуном самому себе)		
Имя и фамилия		Кем приходится учащемуся (-ейся)		Основной номер телефона	Адрес электронной почты	
Имя и фамилия		Кем приходится учащемуся (-ейся)		Основной номер телефона	Адрес электронной почты	
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ			ИНФОРМАЦИЯ для Администрации по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития Департамента социального обеспечения и здравоохранения			
ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____			Статус DSHS/DDA: (✓ все, что применимо)			
Месяц		День	Год	Вы являетесь в настоящий момент клиентом DDA: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ПОЛ: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский			<input type="checkbox"/> Подача заявления / Повторная подача заявления / Апелляция			
<input type="checkbox"/> Предпочитаю дать самостоятельный ответ:			Если вы не уверены, позвоните по телефону 206-568-5700			
_____			Имя и фамилия менеджера по делу (если известно): _____			
<input type="checkbox"/> Предпочитаю воздержаться от ответа						
РАСА/ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА (✓ все, что применимо)			ИНФОРМАЦИЯ для Отдела профессиональной реабилитации Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services Department of Vocational Rehabilitation)			
<input type="checkbox"/> Белый (-ая) <input type="checkbox"/> Американский индеец (американская индианка)/Коренной (-ая) житель (-ница) Аляски			Подавали ли вы заявку в DSHS/DVR: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
<input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) <input type="checkbox"/> Азиат (-ка)/Американец (-ка) азиатского происхождения			Имя консультанта DVR (если известно): _____			
<input type="checkbox"/> Латиноамериканец (-ка)/Уроженец (-ка) Латинской Америки <input type="checkbox"/> Коренной (-ая) житель (-ница) Гавайских островов/Тихоокеанских островов						
<input type="checkbox"/> Раса не перечислена: _____			ПОСОБИЯ И ДОХОД ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ			
Предпочтительный язык: _____			Получаете ли вы пособия по социальному обеспечению (Social Security Benefits): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Язык жестов (ASL): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Сумма: \$ _____			
Требуется устный переводчик: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
Другое: _____						

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ (-ЕЙСЯ): _____

Фамилия

Имя

Инициал среднего имени

ЗАВЕРЕНИЕ/РАЗРЕШЕНИЕ ОТ УЧАЩЕГОСЯ (-ЕЙСЯ)

- Я обещаю, что указанная в настоящем заявлении информация соответствует действительности, исходя из моих знаний и убеждений. Я знаю кого-то, кто может проверить информацию и может попросить меня предоставить дополнительную документацию. Я также понимаю, что в случае предоставления неправильной информации, меня могут исключить из программы, если не будет подтверждено мое право на участие в программе, и меня могут подвергнуть наказанию за мошенничество и/или дачу ложных показаний, если я заведомо солгу в этом заявлении. Я разрешаю использовать эту информацию в целях определения моего права на участие в программе. По запросу мне предоставят информацию о равных возможностях, праве на обжалование и о Законе о конфиденциальности от 1974 года (Privacy Act of 1974).
- Я разрешаю Администрации по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS/DDA) предоставлять информацию в Отдел поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста в Округе Кинг (King County Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division, DDECSD), чтобы рассмотреть мое право на участие в программе и помочь мне получать эти услуги. Вся информация будет храниться с соблюдением конфиденциальности.
- Я даю разрешение DDECSD связываться со мной после окончания действия этой программы, чтобы предложить мне другие услуги и задать мне вопросы о долгосрочных последствиях участия в программе School-to-Work (S2W).

НИЖЕ ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ ОПЕКУНА

- Я даю разрешение DDECSD помогать моему (-ей) учащемуся (-ейся) в получении рабочего места.
- Я разрешаю обмен информацией между DDECSD и любой школой, школьным округом или колледжем, в которых зарегистрирован (-а) или был (-а) зарегистрирован (-а) учащийся (-аяся). Этот обмен информацией разрешается для любой информации, относящейся к успешному участию моего учащегося/моей учащейся в программе S2W и связанных с ней мероприятиях. Я понимаю, что она может включать в себя стандартизованные результаты тестов, стенограммы, записи о посещениях, отчеты об успеваемости и информацию от консультантов, учителей и других сотрудников.
- Я даю разрешение своему (-ей) учащемуся (-ейся) в полной мере участвовать в консультативных мероприятиях на тему образования, обучения и трудоустройства, предоставляемых DDECSD.
- Я разрешаю своему (-ей) ученику (-це) принимать участие в любых мероприятиях на тему образования, работы и обучения и в любых связанных с этим поездках, организованных DDECSD.
- Я предоставляю любую медицинскую информацию, которая поможет DDECSD предоставлять услуги для моего (-ей) учащегося (-ейся) (включая информацию о любых физических, психических или эмоциональных проблемах, аллергиях, а также о рецептурных медикаментах, которые принимает учащийся (-аяся)).

Уточните: _____

- Я разрешаю использовать имя моего (-ей) учащегося (-ейся) и его/ее фотографии в публичных показах или в медиа-релизах, с целью повышения информированности о наших программах.

ПОДПИСИ

Учащийся (-аяся) _____

Дата: _____

Опекун _____
(если это не учащийся (-аяся))

Дата: _____



King County

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия учащегося (-ейся): _____

Фамилия

Имя

Инициал среднего имени

Я предоставляю разрешение помеченному ниже агентству:

- Департамент округа Кинг по вопросам сообщества и предоставления услуг населению (King County Department of Community and Human Services)
- Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)
- Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)
- Департамент обслуживания лиц с нарушениями зрения штата Вашингтон (Washington State Department of Services for the Blind)
- Округа штата Вашингтон: постоянное место жительства в прошлом, в текущий момент или в будущем
- Ювенальный суд, Департамент по вопросам исправительных учреждений (Juvenile Court, Department of Corrections)
- Фонд United Indians of All Tribes
- Общественная (-ые) или частная (-ые) школа (-а), которые я посещал (-а)
- Общественные колледжи (Community College), в которые мною подавалась заявка или которые я посещал (-а)
- Профессиональные технические программы, в которые мною подавалась заявка или которые я посещал (-а)
- Поставщики услуг по трудоустройству, работающие в качестве подрядчиков DDECSD
- Правозащитные организации
- Поставщик услуг семейного жилья для взрослых и услуг по месту проживания (Residential or Adult Family Home Services)
- Поставщики услуг по технической помощи, работающие в качестве подрядчиков DDECSD

Отдел поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста (Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division, DDECSD)

Отдел профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)

Администрация по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration, DDA)

Арка округа Кинг (Arc of King County), открытые двери для мультикультурных семей (Open Doors for Multicultural Families)

Раскрывать финансовую или иную другую необходимую информацию о планировании и предоставлении услуг по приобретению профессионально-технических навыков

- Департамент округа Кинг по вопросам сообщества и предоставления услуг населению (King County Department of Community and Human Services)
- Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)
- Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)
- Департамент обслуживания лиц с нарушениями зрения штата Вашингтон (Washington State Department of Services for the Blind)
- Округа штата Вашингтон: постоянное место жительства в прошлом, в текущий момент или в будущем
- Ювенальный суд, Департамент по вопросам исправительных учреждений (Juvenile Court, Department of Corrections)
- Фонд United Indians of All Tribes
- Общественные или частные школы, которые я посещал (-а)
- Общественные колледжи (Community College), в которые мною подавалась заявка или которые я посещал (-а)
- Профессиональные технические программы, в которые мною подавалась заявка или которые я посещал (-а)
- Поставщики услуг по трудоустройству, работающие в качестве подрядчиков DDECSD
- Правозащитные организации
- Поставщик услуг семейного жилья для взрослых и услуг по месту проживания (Residential or Adult Family Home Services)
- Поставщики услуг по технической помощи, работающие в качестве подрядчиков DDECSD

Отдел поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста (Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division, DDECSD)

Отдел профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)

Администрация по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration, DDA)

Арка округа Кинг (Arc of King County), открытые двери для мультикультурных семей (Open Doors for Multicultural Families)

Я понимаю, что эта информация будет оставаться конфиденциальной и не повлияет на получение мной услуг от Отдела поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста в Округе Кинг (King County Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division).

Подпись учащегося (-ейся) _____

Дата _____

Подпись опекуна (если это не учащийся (-аяся)) _____

Дата _____



King County

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

Согласие на использование фотографий и релиз

Советы и рекомендации на тему программы School-to-Work: Брошюры, рекламные материалы, видео и истории успеха.

Имя и фамилия учащегося (-ейся)

Адрес

Город, штат, почтовый индекс

Настоящим я даю согласие и заранее предоставляю свое разрешение на использование и воспроизведение всех фотографий с моим участием в целях создания интернет-страниц Всемирной паутины, публикации, показа, видеопрезентации и рекламы округа Кинг. Я понимаю, что все цифровые файлы, негативы, позитивы, напечатанные материалы и прозрачные слайды будут собственностью округа Кинг и могут быть использованы и воспроизведены без выплаты мне компенсации. Фотографии округа Кинг являются общественным достоянием и не могут быть защищены авторским правом или использованы в коммерческих целях. Примеры использования включают, помимо прочего, брошюры, видеоролики, истории успеха, материалы законодательных форумов и интернет-страницы.

Настоящим я освобождаю и снимаю с округа Кинг и авторов все претензии и требования, возникающие в связи с использованием фотографий и текста, включая все претензии за клевету.

Мне исполнилось 18 или более лет.

Подпись учащегося (-ейся)

Дата

ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ МОДЕЛИ ЕЩЕ НЕ ИСПОЛНИЛОСЬ 18 ЛЕТ или если у нее имеется опекун

Я заверяю, что являюсь опекуном названной модели и даю свое согласие, без каких-либо ограничений, на использование и воспроизведение описанных фотографий округом Кинг/Metro.

Подпись опекуна (если это не учащийся (-аяся))

Дата

Хотя для новостных и журналистских фотографий релизы моделей обычно не требуются, они могут снизить ответственность округа Кинг за вторжение в частную жизнь. Формы не требуются для: групп на общественных мероприятиях, сотрудников округа Кинг, выполняющих официальные обязанности, и для новостных фотографий (если они не могут быть признаны постыдными). Для фотографий, используемых в интернете, требуются релизы моделей. Если фотографа просят не фотографировать конкретное лицо, он должен выполнить просьбу. По возможности фотограф должен сообщить фотографируемым об общих целях фотографий. Если кто-либо желает ограничить использование фотографий конкретными публикациями или другими целями, это должно быть отмечено в форме согласия и завизировано моделью и фотографом. Подписанные формы согласия должны храниться в агентстве до тех пор, пока цифровые файлы, прозрачные слайды, снимки или негативы хранятся в округе Кинг.



King County

Department of Community and Human Services

Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division

Информация о программе округа Кинг School-to-Work (S2W) для учащихся, семей, опекунов и ключевых помощников

Важно, чтобы ключевые люди в жизни учащегося понимали возможности и обязанности в рамках программы округа Кинг S2W, соглашались поддерживать цели своих учащихся и участвовать в шагах на пути к поиску оплачиваемой работы. В этом документе приведены наиболее часто задаваемые вопросы о программе S2W и описаны роли и обязанности учащихся и их ключевых помощников.

Каковы обязанности семьи/ключевого (-ых) помощника (-ов) и ученика?

- Узнать, как работает программа, и согласиться изучить следующие темы, связанные с целями учащегося (-ейся) в плане трудоустройства.
 - Пособия по социальному обеспечению, меры поощрения трудовой деятельности и Работа / Medicaid и работа
 - Финансирование услуг по поиску трудоустройства **Инициалы** _____
- Посещать мероприятия по работе с общественностью, чтобы узнавать о переходе из школы во взрослую жизнь, понять программу School-to-Work и связываться с Агентствами по трудоустройству программы School-to-Work. **Инициалы** _____
- **Тесно сотрудничать со своим округом.** Узнать, выбрал ли округ Агентство по трудоустройству для работы со всеми учащимися в рамках встроенной модели. **Инициалы** _____
- Если нет, учащемуся (-ейся) и ключевым помощникам рекомендуется **провести собеседование с тремя Агентствами по трудоустройству, чтобы решить, с каким агентством они хотят работать**, и встретиться с консультантом по трудоустройству (тренером, специалистом). Учащимся, которые участвуют в программе Job Foundations, рекомендуется выбрать агентство осенью **предпоследнего года** переходного периода. Всем учащимся рекомендуется выбрать агентство **не позднее, чем летом перед** последним годом переходного периода **Инициалы** _____
- Учащиеся будут **обязаны лично пользоваться транспортом**, при этом приоритетным является обучение пользованию общественным транспортом, таким как Metro или Access, до получения работы. **Инициалы** _____
- **Родители и другие ключевые помощники должны участвовать в процессе подготовки к трудоустройству**, делясь творческими идеями, связями в обществе и контактной информацией о потенциальных работодателях, по мере необходимости. Большинство людей находят свою первую работу благодаря семейным связям! **Инициалы** _____
- **Учащиеся обязаны продолжать обучение в школе:**
 - Школьный персонал обеспечивает поддержку в обучении и прохождении стажировки — они могут делать это только в том случае, если учащиеся продолжают учиться в школе. Работа может быть включена в учебный день, и учащиеся могут проводить очень мало часов в классах. **Инициалы** _____
 - Иногда учащиеся теряют свою первую работу и вынуждены возвращаться в округ, чтобы получать услуги, пока не будет найдена другая работа. **Инициалы** _____

Как выглядит совместная работа всех участников?

Эта программа требует командного подхода! В число ключевых участников команды входят учащийся (-аяся), их семьи или ключевые помощники, учитель и другие сотрудники школы, Агентство по трудоустройству, консультант Отдела профессиональной реабилитации при Департаменте здравоохранения и социального обслуживания штата Вашингтон (DSHS/DVR) и курирующий менеджер Администрации по делам лиц с инвалидностью вследствие нарушений развития (DDA).

- **Установление открытой коммуникации и четкие ожидания жизненно важны для успеха.** Важно развивать хорошие отношения с вашим Агентством по трудоустройству, чтобы вы могли обсуждать небольшие трудности до того, как они станут проблемами. Сообщите о ваших предпочтениях и ожиданиях с самого начала. Большинство трудностей проистекают из недопонимания. Опережайте события, звоните и обращайтесь в агентство, если вы запутались и вам стал непонятен процесс. Другие трудности могут возникать в результате того, что услуги для взрослых и учащихся школ предоставляются различным образом. **Инициалы _____**
- **Участники команд должны регулярно встречаться и общаться,** чтобы проводить мозговой штурм, разрабатывать стратегии и договариваться о распределении обязанностей в том, что касается подготовки к трудоустройству и обучения. Хотя будут проводиться **официальные встречи** с различными партнерами, включая Агентство по трудоустройству и DVR, учащийся (-аяся) и члены семьи/лица, оказывающие поддержку, должны проявлять инициативу и запрашивать проведение встречи при возникновении каких-либо вопросов или при наличии опасений. **Агентство по трудоустройству обязано в письменном виде предоставлять учащемуся (-ейся) и его (ее) команде ежемесячный отчет о мероприятиях и достигнутых результатах.** **Инициалы _____**

Что происходит после того, как учащийся (-аяся) получит работу?

Агентства по трудоустройству будут тесно сотрудничать с работодателем и учащимся (-ейся). Они предоставят учащимся дополнительное **обучение на рабочем месте**, чтобы обеспечить максимальную автономность при выполнении любых обязанностей. В отношении всех **опасений по поводу безопасности и охраны здоровья** будут приняты необходимые меры, однако, людям рекомендуется брать на себя **оправданные риски** и разрабатывать стратегии поддержки. Чем больше навыков независимой работы осvoят учащиеся, тем больше они получат возможностей в сфере трудоустройства. **Инициалы _____**

Расписания и ежедневные графики могут быть изменены после того, как учащийся (-аяся) начнет работать. Команда учащегося может помочь, продолжая общение или предложив другие виды поддержки в этих изменившихся обстоятельствах, а также убеждая его или ее в ценности и важности работы. **Инициалы _____**

- **Рабочие графики** могут включать в себя работу в вечерние часы и/или по выходным. Учащимся может быть необходимо посещать работу, даже если школа будет закрыта по причине погодных условий, выходных, раннего прекращения уроков и т. д.
 - Ученикам следует оказывать необходимую поддержку при прямом общении с работодателями, если они **заболеют, опаздывают или хотят получить отпуск на каникулы или для посещения особых мероприятий.** **Инициалы _____**
 - **Рабочие графики могут накладываться на школьные мероприятия, например, в том что касается развлекательных поездок, собраний, празднования дня рождения и т. д.** Учащимся, возможно, получится согласовать несколько дней отпуска, однако, если это окажется невозможным, то мы просим команду поддержать учащихся и убедить их выбрать работу и найти способы потратить заработанные деньги или другие отпускные дни так, чтобы создать хороший баланс между работой и личной жизнью. **Инициалы _____**
- Учащимся, вероятно, придется соблюдать **дресс-код** или носить униформу на работе. Им может понадобиться помощь дома, чтобы обеспечить своевременный подъем, принятие душа, наличие чистой подходящей одежды, а также поддержание внешнего вида и личной гигиены, соответствующих рабочему месту. По возможности поощряйте студентов к участию при выполнении этих задач! **Инициалы _____**

- **Работа может не заполнять день или неделю ученика в той же мере, что и школа.** Хотя учащиеся поощряют работать как можно ближе к полному рабочему дню, большинство из них начинают с неполного рабочего дня. Хотя основной целью программы является получение оплачиваемой работы, учащимся и их семье/ключевому помощнику рекомендуется использовать последний год обучения в школе для **разработки планов и ресурсов в дополнение к работе**, чтобы создать полноценную и значимую жизнь для учащихся после окончания школы. **Инициалы** _____

Может ли программа S2W гарантировать, что все учащиеся получат желаемую работу?

- **Эта программа не гарантирует, что все учащиеся окончат школу с работой.** Она предоставляет возможность работать над достижением этой цели, проходя обучение в школе. Если учащийся не покинет школу с работой, он или она наладит связи с ключевыми агентствами по оказанию услуг, чтобы создать план после окончания школы. **Инициал** _____
- Мы призываем учащихся и их группы поддержки работать над поиском подходящей работы, составлять резюме и делать шаги на пути к карьере. **Как и для большинства из нас, первая работа учащихся обычно не является работой их мечты, но это только первый шаг.** **Инициалы** _____
- **Данная программа не гарантирует наличие долгосрочного финансирования.** Программа финансируется DDECSD с использованием ограниченных средств с учетом бюджетного коэффициента округа до конца учебного года. DSHS/DVR является партнером по финансированию программы S2W, но не предоставляет финансирование для долгосрочной поддержки. Эта поддержка может быть критически важной для сохранения занятости и существенной для построения карьеры. **Каждый учащийся (-аяся) и/или его семья/ключевой помощник должны узнать о возможностях долгосрочного финансирования, включая финансирование от DSHS/DDA.** **Инициалы** _____

Может ли учащийся (-аяся) изменить сове агентство-поставщика услуг или выйти из программы?

- Учащиеся могут менять поставщиков как в ходе программы S2W, так и после ее завершения. Однако смена поставщиков в ходе программы S2W, учитывая короткий срок ее действия, может негативно повлиять на предоставление услуг. Доступность нового поставщика не гарантирована. Мы просим, чтобы учащиеся и их команды поддержки **проводили не менее 3 собеседований с агентствами по трудоустройству или тесно работали со своим школьным округом при сотрудничестве с партнерским агентством.** **Инициалы** _____
- **Услуги программы S2W не являются обязательным правом.** DDECSD по закону не обязан предоставлять эти услуги. DDECSD просит учащихся и их команды поддержки тщательно ознакомиться с требованиями к участникам и основаниями для участия в программе перед тем, как зарегистрироваться в ней. Важно, чтобы учащийся (-аяся) и его или ее команда поддержки хотели получать услуги по трудоустройству и соглашались активно участвовать в программе. **Инициалы** _____
- Если учащийся (-аяся) или его или ее команда поддержки считает, что Агентство по трудоустройству не предоставляет ключевых услуг, несмотря на принятые разумные усилия сообщить ему об этом, то они обязаны **уведомить об этом Менеджера программы S2W.** Менеджер программы совместно с командой займется решением возникшей ситуации. Если решение не будет найдено, то менеджер программы предоставит учащемуся (-ейся) и его или ее команде поддержки помощь от другого агентства. **Инициалы** _____
- DDECSD просит, чтобы каждое основное лицо, оказывающее поддержку учащемуся (-ейся), ознакомилась с программой, участвовало в ней и поддерживало цели учащегося (-ейся) в сфере трудоустройства. Если в ходе программы Агентство по трудоустройству посчитает, что учащийся (-аяся) или его или ее команда поддержки не поддерживает цели учащегося в плане трудоустройства, несмотря на принятые разумные усилия сообщить ему или ей об этом, то поставщик **уведомит об этом Менеджера программы S2W**, который постарается решить эту проблему. DDECSD оставляет за собой право прекратить оплату услуг до разрешения возникшей ситуации. **Инициалы** _____

Мной прочитан полный текст заявления на участие в программе School-to-Work Я понимаю обязанности родителя / опекуна / ключевого помощника и учащегося (-ейся) и соглашаюсь с ними.

Подпись учащегося (-ейся)

Дата

Подпись основного поддерживающего лица

Дата

Подпись опекуна (если это не учащийся (-аяся) или основной помощник) Дата

Чтобы подать заявку

Отправьте сообщение электронной почты на S2Wreports@kingcounty.gov или обычное письмо

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

Менеджерам программы S2W:

Richard Wilson
Менеджер программы
Телефон: 206-263-9044
Richard.Wilson@Kingcounty.gov

Emily Hart
Менеджер программы
Телефон: 206-477-7661
Emily.Hart@Kingcounty.gov

Cassie Glenn
Менеджер программы
Телефон: 206-263-7999
cglenn@kingcounty.gov

TJ Protho
Менеджер программы
Телефон: 206-930-2496
tprotho@kingcounty.gov