



## King County

Відділ з питань інвалідності, пов'язаної з вадами розвитку, та підтримки раннього дитинства (DDECSD)

**Заява на участь у програмі «Зі школи на роботу» (School-to-Work, S2W)**

Дата		Шкільний округ		Ім'я та прізвище вчителя	
Назва школи/програма				Рік закінчення школи	
МЕШКАНЕЦЬ ОКРУГУ КІНГ?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Якщо ні, вкажіть округ мешкання: _____		
Ім'я та прізвище учня: _____ Прізвище _____ Ім'я _____ Друге ім'я _____ Обране ім'я _____					
Адреса: _____ Вулиця _____ Місто _____ Поштовий індекс _____					
Контактні дані: _____ Домашній телефон _____ Мобільний телефон _____ Електронна пошта _____					
Свій власний законний опікун? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					
<b>ОСНОВНА КОНТАКТНА ОСОБА / ОПІКУН / ОСОБА, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЄ ПІДТРИМКУ: (якщо учень не є власним законним опікуном, обов'язково зазначити дані опікуна)</b>					
Ім'я та прізвище _____		Відношення до учня _____		Основний телефон _____ Адреса електронної пошти _____	
Ім'я та прізвище _____		Відношення до учня _____		Основний телефон _____ Адреса електронної пошти _____	
<b>ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ</b>			<b>Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення (DSHS) Адміністрації у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (DDA) ІНФОРМАЦІЯ</b>		
ДАТА НАРОДЖЕННЯ: _____ Місяць _____ День _____ Рік _____			Статус DSHS/DDA: (відмітити галочкою (✓) усе, що застосовно) Чи є ви наразі клієнтом DDA: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Подання заяви / Повторне подання заяви / Апеляція		
СТАТЬ: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Власний опис себе: _____ <input type="checkbox"/> Не відповідатиму на це питання			Якщо не впевнені, зателефонуйте 206-568-5700 Ім'я координатора досьє (якщо відомо): _____		
<b>РАСОВА/ЕТНІЧНА ГРУПА</b> (відмітити галочкою (✓) усе, що застосовно) <input type="checkbox"/> Білий <input type="checkbox"/> Американський індіанець/уродженець Аляски <input type="checkbox"/> Чорний/афроамериканець <input type="checkbox"/> Уродженець азійського регіону/Американець азійського походження <input type="checkbox"/> Особа іспанського/латиноамериканського походження <input type="checkbox"/> Уродженець Гавайських островів/уродженець островів Тихоокеанського регіону <input type="checkbox"/> Відсутня в списку раса: _____			<b>Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення (DSHS) Департамент професійної реабілітації (DVR) ІНФОРМАЦІЯ</b> Ви подавали заяву до DSHS/DVR: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Ім'я та прізвище консультанта DVR (якщо відомо): _____		
Основна мова: _____ Американська мова жестів: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Потрібен перекладач: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Інше: _____			<b>СОЦІАЛЬНІ ПІЛЬГИ Й ДОХОД</b> Чи отримуєте ви соціальні пільги: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Сума: \$ _____		

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ УЧНЯ: \_\_\_\_\_

Прізвище

Ім'я

Друге ім'я

### ДЕКЛАРАЦІЯ / ДОЗВІЛ УЧНЯ

- Я підтверджую, що інформація, наведена в цій заяві, є вірною та повною, наскільки мені це відомо. Я знаю, що цю інформацію можуть перевірити і запитати мене про надання додаткової документації. Я також розумію, що у разі, якщо ця інформація не є правдивою, мене можуть виключити з програми, якщо мене визнають таким/такою, що не має прав на участь у програмі, і що я можу бути притягнений(-на) до відповідальності за шахрайські дії та/або неправдиві свідчення, або за свідоме надання інформації, яка не відповідає дійсності. Я даю згоду на використання цієї інформації задля перевірки наявності в мене відповідних прав. На замовлення мені нададуть інформацію про рівні можливості та права на апеляцію, а також про Закон про захист приватного життя 1974 року.
- Я уповноважую Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Social and Health Services), Адміністрацію у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (Developmental Disabilities Administration, DSHS/DDA) передати інформацію до Відділу з питань інвалідності, пов'язаної з вадами розвитку, та підтримки раннього дитинства (DDECSD) округу Кінг для перевірки наявності в мене прав на отримання відповідних послуг. Конфіденційність усієї інформації гарантована.
- Я даю DDECSD дозвіл на звернення до мене після закінчення цієї програми, щоб запропонувати мені інші послуги та запитати мене про довгострокові наслідки участі в програмі «Зі школи на роботу» (School-to-Work, S2W).

### ОПІКУН МАЄ ПОСТАВИТИ ПІДПИС НИЖЧЕ

- Я даю дозвіл DDECSD на допомогу учню, якого я утримую, щодо його працевлаштування.
- Я даю дозвіл на обмін інформацією між DDECSD та будь-якою школою, шкільним округом або коледжем, у якому зареєстровано учня, якого я утримую. Цей обмін дозволено для будь-якої інформації, яка сприятиме успішній участі учня в програмі S2W і у відповідних заходах. Я розумію, що така інформація може включати в себе результати стандартних тестів і іспитів, витяги з оцінювальних відомостей, інформацію про відвідування, дані про успішність, а також інформацію від консультантів, вчителів та інших представників персоналу.
- Я даю дозвіл учню, якого я утримую, на повноцінну участь у заходах, що мають відношення до освіти, кваліфікаційної підготовки та працевлаштування, які забезпечуються DDECSD.
- Я даю дозвіл учню, якого я утримую, на участь і відвідування виїзних заходів і тематичних екскурсій, що мають відношення до освіти, роботи й кваліфікаційної підготовки, що забезпечуються DDECSD.
- Я надам будь-яку медичну інформацію, яка допоможе DDECSD з наданням обслуговування учню, якого я утримую (зокрема стосовно фізичних, психічних та емоційних станів, алергій а також рецептурних медикаментів, які приймає учень).

Зазначити: \_\_\_\_\_

- Я даю згоду на використання ім'я й прізвища учня, якого я утримую, а також його зображень у публічному просторі або в соціальних медіа для підвищення рівня поінформованості населення щодо наших програм.

### ПІДПИСИ

Учень \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Опікун \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

(якщо учень не є опікуном)



**King County**  
**ЗГОДА НА ПЕРЕДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ**

Ім'я та прізвище учня: \_\_\_\_\_

	Прізвище	Ім'я	Друге ім'я
<b>Я даю дозвіл відміченим нижче організаціям:</b>			
X	Департамент охорони здоров'я і соціальних послуг округу Кінг (King County Department of Community and Human Services)	<u>Відділ з питань інвалідності, пов'язаної з вадами розвитку, та підтримки раннього дитинства (DDECSD)</u>	
X	Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)	<u>Відділ професійної реабілітації (DVR)</u>	
X	Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)	<u>Адміністрація у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (DDA)</u>	
X	Департамент із послуг незрячим особам штату Вашингтон (Washington State Department of Services for the Blind)		
X	Округи штату Вашингтон: минулі, поточні та майбутні місця мешкання		
X	Суд у справах неповнолітніх, Департамент виконання покарань		
X	Фундація племен американських індіанців United Indians of All Tribes Foundation		
X	Державні або приватні школи, які учень відвідував		
X	Суспільні коледжі, на вступ до яких подавались заяви, та/або які учень відвідував		
X	Професійно-технічні програми, на відвідання яких подавались заяви, та/або які учень відвідував		
X	Постачальники послуг із працевлаштування, які мають угоди з DDECSD		
X	Правозахисні організації	<u>Arc of King County, Open Doors for Multicultural Families</u>	
X	Пансіонат із можливістю мешкання або сімейний дім для дорослих (Adult Family Home)		
X	Постачальники послуг із технічного забезпечення, які мають угоди з DDECSD		
<b>На надання фінансової або будь-якої іншої необхідної інформації щодо планування й забезпечення послуг щодо професійно-технічної підготовки</b>			
X	Департамент охорони здоров'я і соціальних послуг округу Кінг (King County Department of Community and Human Services)	<u>Відділ з питань інвалідності, пов'язаної з вадами розвитку, та підтримки раннього дитинства (DDECSD)</u>	
X	Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)	<u>Відділ професійної реабілітації (DVR)</u>	
X	Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон (Washington State Department of Social & Health Services)	<u>Адміністрація у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (DDA)</u>	
X	Департамент із послуг незрячим особам штату Вашингтон (Washington State Department of Services for the Blind)		
X	Округи штату Вашингтон: минулі, поточні та майбутні місця мешкання		
X	Суд у справах неповнолітніх, Департамент виконання покарань		
X	Фундація племен американських індіанців United Indians of All Tribes Foundation		
X	Державні або приватні школи, в які подано заяви, та/або які учень відвідував		
X	Суспільні коледжі, на вступ до яких подавались заяви, та/або які учень відвідував		
X	Професійно-технічні програми, на відвідання яких подавались заяви, та/або які учень відвідував		
X	Постачальники послуг із працевлаштування, які мають угоди з DDECSD		
X	Правозахисні організації	<u>Arc of King County, Open Doors for Multicultural Families</u>	
X	Пансіонат із можливістю мешкання або сімейний дім для дорослих (Adult Family Home)		
X	Постачальники послуг із технічного забезпечення, які мають угоди з DDECSD		

Я розумію, що буде забезпечена конфіденційність цієї інформації, і що вона жодним чином не вплине на обслуговування, яке я отримую у Відділі з питань інвалідності, пов'язаної з вадами розвитку, та підтримки раннього дитинства округу Кінг

Підпис учня \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Підпис опікуна (якщо учень не є опікуном) \_\_\_\_\_

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/

# Дозвіл на використання та поширення фотографій

Стандарти програми «Зі школи - на роботу»: Брошури, рекламні матеріали, відеоматеріали й історії успіху.

---

Ім'я та прізвище учня

---

Адреса

---

Місто, Штат, Поштовий індекс

Я погоджуюся і заздалегідь даю дозвіл на використання та відтворення всіх моїх фотографій, знятих з метою розміщення на сторінках в інтернеті (World Wide Web), публікування, відображення, відеопрезентацій і реклами для округу Кінг. Я розумію, що всі цифрові файли, негативи, позитиви, відбитки й діапозитиви є власністю округу Кінг, і що вони можуть використовуватися й відтворюватися без жодної компенсації на мою користь. Фотографії, які належать округу Кінг, перебувають у публічному просторі. Вони не підлягають застосуванню авторського права та використанню в комерційних цілях. Прикладами застосування, зокрема, є включення до брошур, відеоматеріалів, історій успіху, матеріалів законодавчих форумів і інтернет-сторінок.

Цим я відмінюю будь-які заяви й звільняю округ Кінг та автора від будь-яких вимог, які можуть походити або з'явитися у зв'язку з використанням фотографій і текстових матеріалів, зокрема від будь-яких вимог з приводу наклепу.

Я не є молодшим(-ою) за 18 років

---

Підпис учня

---

Дата

### ЗАПОВНИТИ, ЯКЩО МОДЕЛЬ МОЛОДША ЗА 18 РОКІВ або має опікуна

Я підтверджую, що є опікуном зазначеної моделі, і що я без будь-яких застережень даю згоду щодо використання та відтворення округом Кінг/Metro відповідних фотографій.

---

Підпис опікуна (якщо учень не є опікуном)

---

Дата

Не дивлячись на те, що надання релізу моделі не є обов'язковою вимогою для новинних та журналістських матеріалів, вони можуть знизити рівень відповідальності округу Кінг за заявами про вторгнення у приватне життя. Надання релізу моделі не є обов'язковим для: груп на публічних заходах, працівників округу Кінг, які виконують офіційні завдання, та у зв'язку з фотографіями, що використовуються в новинних ресурсах (за виключенням випадків, коли такі фото вважаються специфічними). Надання релізу моделі є обов'язковим для фотографій, які використовуються в інтернеті. Фотограф має виконати вимогу про заборону фотографувати окремих осіб. Якщо можливо, фотограф має поінформувати осіб, яких він/вона фотографує, про загальні цілі зйомки й призначення фотографій. Якщо будь-яка особа бажає обмежити використання таких матеріалів окремими режимами або цілями публікації, відповідний текст має міститися у формі згоди, який має бути підтверджений ініціалами моделі й фотографа. Підписані документи мають утримуватися агенцією стільки ж довго, скільки округом Кінг утримуються цифрові файли, діапозитиви, відбитки або негативи.



## King County

Department of Community and Human Services

Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division

# Інформація про програму «Зі школи на роботу» (S2W) для учнів, родин, опікунів та осіб, що забезпечують учням основну підтримку

Особи, які відіграють ключові ролі в житті учня, мають розуміти можливості та відповідальність у зв'язку з участю учня в програмі S2W округу Кінг Program, дати згоду на підтримку цілей, досягнення яких прагне учень, і брати участь у заходах на шляху учня до оплачуваного працевлаштування. У цьому документі наведені відповіді на найпоширеніші питання, що можуть виникати в учасників програми S2W, й розтлумачені ролі й обов'язки учнів та осіб, що забезпечують їм основну підтримку.

## Якими є обов'язки членів родини/осіб, що забезпечують учням основну підтримку?

- Дізнатися, як працює програма, й погодитися вивчити такі теми в контексті досягнення цілей учня щодо роботи.
  - Соціальна допомога, ініціативи для заохочення до роботи, програми роботи / Medicaid і робота
  - Фінансування обслуговування щодо працевлаштування **Ініціали \_\_\_\_\_**
- Відвідувати заходи щодо інформування населення, щоб дізнатися про послуги перехідного періоду від навчання у школі до дорослого життя; розуміти, як працює програма «Зі школи на роботу» (School-to-Work) і звернутися з питань обслуговування до агенцій з працевлаштування у рамках програми «Зі школи на роботу» (School-to-Work). **Ініціали \_\_\_\_\_**
- **Тісно співпрацювати із шкільним округом.** Дізнатися, чи обрано шкільним округом агенцію з послуг працевлаштування для роботи з усіма учнями за затвердженою моделлю. **Ініціали \_\_\_\_\_**
- Якщо ні, учневі й особам, які забезпечують його основну підтримку, рекомендовано **звернутися до трьох агенцій із послуг працевлаштування для отримання основної інформації, прийняти рішення щодо агенції, з якою вони співпрацюватимуть**, й зустрітися з консультантом цієї агенції з питань працевлаштування (коучем, спеціалістом). Учням, які беруть участь у фазі Job Foundations, рекомендовано вибрати таку агенцію восени **передостаннього року** перехідного періоду. Усім учням рекомендовано вибрати таку агенцію **не пізніше, ніж улітку перед** останнім роком перехідного періоду **Ініціали \_\_\_\_\_**
- Учні є **відповідальними за забезпечення власного транспортування** та мають у пріоритетному режимі вчитися, як користуватися громадським транспортом, зокрема системами Metro або Access, перед працевлаштуванням. **Ініціали \_\_\_\_\_**
- **Батьки та інші особи, які забезпечують основну підтримку учнів, мають брати участь у процесі їхнього розвитку**, поширюючи прогресивні ідеї, стимулюючи зв'язки зі спільнотою та передаючи контактну інформацію, щоб, за необхідності, скористатися потенційними можливостями, що з'являтимуться. Більшість людей знаходить першу роботу завдяки родинним зв'язкам! **Ініціали \_\_\_\_\_**
- Учні **мусять залишатися зареєстрованими учнями школи:**
  - Персонал школи забезпечує тренування та підтримку зі стажуванням; у зв'язку з цим учні мають залишатися зареєстрованими учнями школи. Робота може відбуватися впродовж академічного дня; отже, учні можуть проводити в класі лише обмежену кількість часу. **Ініціали \_\_\_\_\_**
  - Іноді учні втрачають першу роботу. У такому разі вони мають повернутися на обслуговування до шкільного округу в очікуванні наступних пропозицій. **Ініціали \_\_\_\_\_**

## Яким чином співпрацюють усі сторони?

**Програма передбачає застосування командного підходу!** Основними учасниками команди учня є сам учень, члени його родини/ключові особи, які утримують учня, вчитель учня та інші представники персоналу школи, агенція з працевлаштування, консультант Відділу професійної реабілітації Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон і координатор досьє Адміністрації у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (DDA).

- **Важливо створити відкритий комунікаційний канал та мати реальні очікування від участі в програмі.** Важливо розвивати добрі стосунки з агенцією з працевлаштування, щоб мати змогу обговорювати питання, не чекаючи їхнього переростання в проблеми. З самого початку розкажіть їм про ваші цілі та очікування. Джерелом більшості проблем є звичайна неузгодженість на комунікаційному рівні. Дійте в упереджувальному режимі. Звертайтеся по допомогу щоразу, коли ви не розумієте характеру або інструкцій процедури. Джерелом інших проблем може бути різниця в режимах надання обслуговування дорослим та дітям шкільного віку. **Ініціали** \_\_\_\_\_
- **Учасники команди мають регулярно зустрічатися й спілкуватися, щоб спільними зусиллями знаходити й розвивати стратегії та обговорювати відповідальність у зв'язку із професійним розвитком учня.** Не зважаючи на передбачені **формальні зустрічі з різними партнерами**, у тому числі з представниками агенції з працевлаштування і Департаменту професійної реабілітації (DVR), учень та члени його родини/особи, які забезпечують йому основну підтримку, мають діяти на упередження та просити про зустрічі у разі виникнення питань або занепокоєності. **Агенція з працевлаштування має надавати письмові місячні звіти з переліком виконаних заходів і досягнень учня і його команди підтримки.** **Ініціали** \_\_\_\_\_

## Що відбувається, коли учень отримує роботу?

**Агенція з працевлаштування тісно співпрацюватиме з роботодавцем та учнем.** Її представники організують для учнів **додаткове тренування на робочому місці**, аби вони могли бути максимально незалежними під час виконання будь-яких завдань. Буде приділено увагу ризикам щодо **безпеки й контролю**; при цьому учасники мають, **на власний доцільний розсуд** створювати природні стратегії підтримки. Що більш незалежним учні навчатися бути, то більше можливостей до працевлаштування вони матимуть. **Ініціали** \_\_\_\_\_

Початок роботи може означати для учня **зміну графіків та режиму дня**. Допомога від команди учня може полягати в продовженні взаємодії або в пропонуванні інших механізмів підтримки з огляду на такі зміни через підсилення цінності й підвищення рівня важливості роботи. **Ініціали** \_\_\_\_\_

- **Графіки роботи** можуть включати вечірні години та/або вихідні дні. Учні можуть бути зобов'язані відвідувати місце роботи навіть у дні закриття шкіл через несприятливі погодні умови, свята або дострокове закриття закладів тощо.
  - Має бути забезпечена необхідна підтримка учнів, зокрема можливість прямого зв'язку із роботодавцями у разі, якщо вони **захворіли, запізнюються або бажають відпроситися з роботи у відпустку або через особливі причини.** **Ініціали** \_\_\_\_\_
  - **Робочі графіки можуть бути в конфлікті зі шкільними подіями, зокрема із розкладом оздоровчих виїзних подій, зборів, святкування днів народження тощо.** Не дивлячись на те, що у певних випадках домовитися про невихід на роботу буде можливо, команда учнів має радити їм обирати роботу і знаходити баланс між роботою та особистим життям, використовуючи зароблені гроші на організацію власного відпочинку. **Ініціали** \_\_\_\_\_
- На роботі учням може бути необхідно дотримуватися **дрескоду** або носити уніформу. Вдома вони можуть потребувати допомоги, аби завчасно прокидатися, приймати душ, використовувати чистий та прийнятний одяг, підтримувати належний зовнішній вигляд і гігієну на робочому місці. Якщо можливо, заохочуйте учнів брати участь у виконанні таких завдань! **Ініціали** \_\_\_\_\_

- **Можливо, робота не заповнюватиме день учня так само, як навчання у школі.** Попри те, що тривалість денної роботи учнів бажано має дорівнювати повному робочому дню, більшість учнів спершу обирають роботу на неповний робочий день. Не дивлячись на те, що основною ціллю програми є отримання оплачуваної роботи, учням та членам їхніх родин/особам, які забезпечують їм основну підтримку, рекомендовано в останній рік навчання в школі **створити плани й забезпечити ресурси на додаток до роботи**, щоб побудувати повноцінне й осмислене життя після закінчення школи. Ініціали \_\_\_\_\_

### Чи може програма S2W гарантувати отримання усіма учнями бажаної роботи?

- **Ця програма не гарантує працевлаштування усіх учнів на момент закінчення школи.** Вона надає учневі можливості працювати на досягнення цієї цілі, поки він ще навчається у школі. Якщо учень на момент закінчення школи не є працевлаштованим, він усе одно забезпечить можливість зв'язку із ключовими агенціями з працевлаштування, які допоможуть йому скласти план, спрямований на отримання роботи після школи. Ініціали \_\_\_\_\_
- Ми радимо учням і їхній команді підтримки працювати у напрямку забезпечення вигідного працевлаштування у відповідності до побажань учня задля побудування успішної кар'єри. **Як і для більшості з нас перша робота, яку здобуває учень, не є омріяною ним роботою, утім вона є повноцінним першим кроком на кар'єрному шляху.** Ініціали \_\_\_\_\_
- **Ця програма так само не гарантує доступність довгострокового фінансування.** Ця програма фінансується у межах навчального року відділом DDECSD з використанням обмеженої кількості коштів з окружного бюджету. DSHS/DVR є ще одним партнером, який фінансує програму S2W, утім ця організація не забезпечує довгострокову фінансову підтримку. Ця фінансова підтримка є важливою для збереження працевлаштування. Вона також може відіграти ключову роль для побудови кар'єри. **Кожен учень та члени його родини/особи, що забезпечують його основну підтримку, мають отримати інформацію про можливості довгострокового фінансування, зокрема про фінансування з боку DSHS/DDA.** Ініціали \_\_\_\_\_

### Чи може учень змінити агенцію з працевлаштування або вийти з програми?

- Учні можуть змінювати постачальників послуг протягом участі або після закінчення програми S2W. Утім зміна постачальників під час участі в програмі S2W може негативно вплинути на якість послуг в умовах короткого терміна програми. Доступність нового постачальника послуг не є гарантованою. Ми радимо учням та учасникам їхньої команди підтримки **зібрати інформацію принаймні в трьох агенціях із працевлаштування або у тісному контакті співпрацювати з відповідним шкільним округом** та через нього із його партнерською агенцією. Ініціали \_\_\_\_\_
- **Послуги за програмою S2W Program не є обов'язковими.** За законом відділ DDECSD не зобов'язаний їх надавати. Відділ DDECSD звертається до учнів та їхніх команд підтримки з проханням визначити наявність прав на участь у програмі та ознайомитися з вимогами програми до реєстрації. Дуже важливо, щоб учні та їхні команди підтримки мали бажання отримувати послуги з працевлаштування та погодилися на активну участь у програмі. Ініціали \_\_\_\_\_
- Якщо учень або його команда підтримки відчувають, що агенція з працевлаштування не надає їм ключових послуг попри доцільні спроби встановити ефективну комунікацію, вони зобов'язані **повідомити про це координатора досьє програми S2W.** Координатор досьє співпрацюватиме з командою з метою пошуку рішення ситуації, що склалася. Якщо рішення не буде знайдено, координатор досьє надасть учневі та його команді підтримки можливості отримати відповідне обслуговування від іншої агенції. Ініціали \_\_\_\_\_
- Відділ DDECSD звертається до особи, що забезпечує основну підтримку кожного учня, з проханням отримати інформацію про програму, взяти в ній участь і підтримати учнів на шляху досягнення мети щодо працевлаштування. Якщо під час програми агенція з працевлаштування дійде висновку, що команда підтримки учня не підтримує його на шляху до власної мети щодо працевлаштування попри доцільні спроби встановити ефективну комунікацію, постачальник послуг повідомить про це **координатора програми S2W**, який вживе заходів для вирішення проблеми. Відділ DDECSD зберігає за собою право припинити оплату послуг до вирішення ситуації, що склалася. Ініціали \_\_\_\_\_

**Я прочитав(-ла) повний текст заяви на участь у програмі «Зі школи на роботу» (School-to-Work). Я розумію і висловлюю згоду щодо обов'язків батьків/опікуна/особи, яка надає основні послуги, та учня.**

---

Підпис учня

---

Дата

---

Підпис особи, яка надає учневі основні послуги

---

Дата

---

Підпис опікуна  
(якщо учень не є опікуном або особою, яка надає учневі основні послуги)

---

Дата

### **Подання заяви**

Електронна пошта: [S2Wreports@kingcounty.gov](mailto:S2Wreports@kingcounty.gov); звичайна пошта

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

### **Координатори програми S2W:**

Richard Wilson  
Координатор програми  
Телефон: 206-263-9044  
[Richard.Wilson@Kingcounty.gov](mailto:Richard.Wilson@Kingcounty.gov)

Emily Hart  
Координатор програми  
Телефон: 206-477-7661  
[Emily.Hart@Kingcounty.gov](mailto:Emily.Hart@Kingcounty.gov)

Cassie Glenn  
Координатор програми  
Телефон: 206-263-7999  
[cglenn@kingcounty.gov](mailto:cglenn@kingcounty.gov)

TJ Protho  
Координатор програми  
Телефон: 206-930-2496  
[tprotho@kingcounty.gov](mailto:tprotho@kingcounty.gov)