

برنامج "من المدرسة إلى العمل" اتفاقية الطالب/الوكالة



أقرُّ أنا، _____ ، بأنني قد اخترت _____ ،
(اسم الطالب) (اسم وكالة التوظيف)
لتصبح وكالة التوظيف (الوكالة) المعنية بي من أجل برنامج "من المدرسة إلى العمل" (S2W)، وسنبدأ العمل معاً بدءاً من هذا التاريخ:
_____ . تاريخ ميلادي هو: _____ .
(تاريخ البدء المطلوب) (تاريخ ميلاد الطالب)

تتيح الخيارات أدناه بدء برنامج "من المدرسة إلى العمل" اعتباراً من 1 يوليو 2025. يُرجى قراءة جميع الاختيارات وتحديد المربع الأنسب لخطة تخرجك.

يقع تاريخ ميلادي بين:

- 1 سبتمبر 2003 - 31 أغسطس 2004. أخطط للتخرج عند بلوغي 22 سنة في يونيو 2026.
- 1 سبتمبر 2004 - 31 أغسطس 2005. أخطط للتخرج عند بلوغي 21 سنة في يونيو 2026.
- قررت المنطقة التعليمية التي أتبعها أنني مؤهل للالتحاق ببرنامج "من المدرسة إلى العمل" والذي تبلغ مدته عامين. يقع تاريخ ميلادي بين:
 - 1 سبتمبر 2004 - 31 أغسطس 2005. أخطط للتخرج عند بلوغي 22 سنة في يونيو 2027.
 - 1 سبتمبر 2005 - 31 أغسطس 2006. أخطط للتخرج عند بلوغي 21 سنة في يونيو 2027.

يختص فريق برنامج التعليم الفردي (IEP) بقرار تحديد الموعد المناسب لمغادرة المدرسة. فإذا لم تكن واثقاً من كيفية تحديد تاريخ بداية برنامج "من المدرسة إلى العمل"، فعليك استشارة معلمك.

أقرُّ بأنني قرأت النقاط التالية وحددتها لأنني أدرك ما تعنيه المشاركة في برنامج "من المدرسة إلى العمل" (S2W):

- أدرك أن برنامج (S2W) يمتد لمدة عام واحد، ما لم تعتمد المنطقة التعليمية التي أتبعها نموذجاً يمتد لعامين. إذا تغيّر تاريخ تخرجي عن ذلك الذي حددته في هذه الاتفاقية، فسأحتاج إلى الانتقال إلى تمويل مختلف ليستمر دعم التوظيف بمساعدة فريق برنامج (S2W).
- ستعمل الوكالة المعنية بي بالتعاون مع فريق برنامج (S2W) لمساعدتي في العثور على وظيفة قبل أن أترك المدرسة، ومع ذلك، ليس هناك ما يضمن لي الحصول على وظيفة من خلال برنامج (S2W).
- التوظيف أولاً. إذا تم العثور على وظيفة مناسبة لي، فأنا على استعداد لقبول الوظيفة وأنا لا أزال أدرس في المدرسة، وسيساعدني معلمي على تعديل جدول الدراسة بحيث يحتل العمل الأولوية.
- سيعمل أحد مستشاري التوظيف بالتعاون مع موظفي المدرسة التي أدرس فيها لمساعدتي على اكتساب مهارات جديدة وعلى أن أصبح أكثر استقلالية في العمل، وذلك من خلال التدريب الوظيفي المعتمد على احتياجاتي.
- إذا لم أكن مؤهلاً بالفعل لدخل الضمان التكميلي (SSI)، والذي يشمل خدمات Medicaid المرتبطة بالإعاقة واللازمة للاستفادة من خدمات إدارة الإعاقات النمائية (DDA)، فيلزمي التقديم باعتباره أولوية، وإطلاع فريق برنامج (S2W) على المستجدات بصفة دورية.
- تتوقع مقاطعة كينغ توفر تمويل طويل الأمد من برنامج إدارة الإعاقات النمائية (DDA) بعد تركي للمدرسة، لكن لا يمكنها ضمان ذلك. سيساعدني فريق برنامج (S2W) على استكشاف جميع خيارات التمويل.
- إذا كانت لدي أي أسئلة أو مخاوف متعلقة بالخدمات الخاصة بي، فسأتواصل أولاً مع مستشار التوظيف المسؤول عني أو مع مديره (انظر أدناه).

- إذا لم أكن راضيًا عن خدمات برنامج (S2W) التي أحصل عليها، فسأطالب باجتماع للفريق مع عائلتي، ومعلمي، ومستشار شعبة إعادة التأهيل المهني (DVR)، ومستشار التوظيف، ومدير برنامج (S2W) في مقاطعة كينغ.
- إذا رغبتُ في التعرف على خيارات تغيير الوكالة، فأنا أدرك أنه يجب عقد اجتماع لفريق برنامج (S2W) أولاً.

يشمل فريق برنامج (S2W) المعني بي كلاً من:

المعلم، _____، في المنطقة التعليمية _____،
ولي الأمر (أولياء الأمر)/فرد (أفراد) الدعم _____
مستشار التوظيف (إذا تم تحديده)، _____
مدير وكالة التوظيف، _____
مدير الحالات في إدارة الإعاقات النمائية (إن وجد)، _____
مُستشار شعبة إعادة التأهيل المهني (إذا تم تحديده)، _____
برنامج (S2W) في مقاطعة كينغ، s2wreports@kingcounty.gov (راجع بيانات الاتصال بمدير البرنامج أدناه).

ملاحظات/تعليقات/معلومات الاتصال:

من خلال استكمال هذا النموذج وتوقيعه، فإنني أطلب من قسم الإعاقات النمائية والطفولة المبكرة (DDECSD) في مقاطعة كينغ تمويل خدمات التوظيف المدعومة اعتبارًا من التاريخ المذكور أعلاه.

_____ (الطالب)	_____ (التاريخ)
_____ (ممثل وكالة التوظيف)	_____ (التاريخ)
_____ (ولي الأمر/مقدم الخدمات)	_____ (التاريخ)
_____ (الوصي، إذا كان شخصًا آخر غير ولي الأمر/مقدم الخدمات)	_____ (التاريخ)

أرسل هذا النموذج المكتمل إلى: S2WReports@kingcounty.gov

بيانات الاتصال:

Cassie Glenn: (206)263-7999, cglenn@kingcounty.gov
Sue Anne Lemkin: (206)263-3402, slemkin@kingcounty.gov