

本人 _____，已选择 _____
(学生姓名) (就业机构名称)

作为本人 School-to-Work 计划(S2W)的就业机构（下称“机构”），我们将于以下日期开始合作：
_____。本人的出生日期是：_____。
(所需日期) (学生的出生日期)

以下选项可使 **School-to-Work** 的开始日期早至 **2025 年 7 月 1 日**。请阅读所有选项，然后勾选最符合您毕业计划的方框。

本人的出生日期介于：

- 2003 年 9 月 1 日至 2004 年 8 月 31 日。本人计划在 2026 年 6 月毕业，到时本人将 22 岁。
- 2004 年 9 月 1 日至 2005 年 8 月 31 日。本人计划在 2026 年 6 月毕业，到时本人将 21 岁。
- 本人所在学区认定本人有资格参加为期两年的 **School-to-Work** 计划。本人的出生日期介于：
 - 2004 年 9 月 1 日至 2005 年 8 月 31 日。本人计划在 2027 年 6 月毕业，到时本人将 22 岁。
 - 2005 年 9 月 1 日至 2006 年 8 月 31 日。本人计划在 2027 年 6 月毕业，到时本人将 21 岁。

何时是离开学校的恰当时间由 **IEP** 团队决定。如果您不确定如何确定您的 **School-to-Work** 开始日期，请和您的老师谈谈。

本人已经阅读并检查了以下几点，因为本人理解参加 S2W 意味着什么：

- 本人知道 **S2W** 将持续一年，除非本人的学区批准两年制模式。如果本人的毕业日期与本协议中本人已确定的日期不同，本人将需要转移到其他基金，以便在 **S2W** 团队的帮助下继续获得就业支持。
- 本人的机构将与本人的 **S2W** 团队合作，帮助本人在离开学校前找到一份工作；但并不能保证本人一定会通过 **S2W** 获得工作。
- 就业第一。如果找到了一份合适的工作，本人愿意在在校期间接受这份工作，本人的老师将帮助本人调整学校时间表，以便以工作为先。
- 就业顾问将和我所就读的学校的工作人员一起帮助我学习新技能，并通过基于本人需求的就业指导使本人在工作中变得更加独立。
- 如果本人还没有资格获得补充保障收入(**SSI**)（包括 **DDA** 服务所需的残障相关 **Medicaid**），本人必须优先进行申请并定期更新本人的 **S2W** 团队。
- King** 县期望但不能保证在本人离开学校后仍可获得发育障碍人士服务管理局(**DDA**)的长期资助。**S2W** 团队将帮助本人探索所有的资助选项。
- 如果本人对服务有任何疑问或疑虑，本人会首先联系本人的就业顾问或其经理（参见下文）。

- 如果本人对 S2W 服务不满意，本人会请求与本人的家人、老师、职业康复处(DVR)顾问、就业顾问和 King 县 S2W 计划经理召开团队会议。
- 如果本人想探索更换机构，本人知道首先需要召开 S2W 团队会议。

本人的 S2W 团队包含我的：

老师， _____ ， 位于 _____ 学区

父母/支持人， _____

就业顾问（如果确定）， _____

就业机构经理， _____

DDA 个案管理员（如果适用）， _____

DVR 顾问（如果确定）， _____

King 县 S2W， s2wreports@kingcounty.gov（参见下面的计划经理联系方式）。

注释/评论/联系信息：

通过填写和签署该表格，本人申请 King 县发育性残障和早期儿童支持处(DDECSD)对于上述日期生效的支持性就业服务提供资助。

（学生）

（日期）

（就业机构代表）

（日期）

（家长/服务提供者）

（日期）

（监护人，如果不是家长/服务提供者）

（日期）

填妥该表格并发送至：S2WReports@kingcounty.gov

联系人：

Cassie Glenn: (206)263-7999, cglenn@kingcounty.gov

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