



스쿨 투 워크(School-to-Work) 프로그램 학생/기관 계약

_____ 본인은 _____을(를)

(학생 이름)

(고용 기관 이름)

본인의 스쿨 투 워크 프로그램(S2W) 고용 기관(기관)으로 선택하였으며 다음 날짜에 함께 일을 시작할 것입니다. _____.

(날짜 필수)

(학생 생일)

아래 옵션을 통해 스쿨 투 워크는 빠르면 **2025년 7월 1일**에 시작할 수 있습니다. 모든 선택사항을 읽고 귀하의 졸업 계획에 가장 적합한 상자에 체크하십시오.

본인의 생일은 다음 날짜 사이에 있습니다.

- 2003년 9월 1일 - 2004년 8월 31일. 본인은 2026년 6월 22세에 졸업할 계획입니다.
- 2004년 9월 1일 - 2005년 8월 31일. 본인은 2026년 6월 21세에 졸업할 계획입니다.
- 본인의 교육구는 본인에게 2년 스쿨 투 워크 프로그램 자격이 있는 것으로 확인했습니다. 본인의 생일은 다음 날짜 사이에 있습니다.
 - 2004년 9월 1일 - 2005년 8월 31일. 본인은 2027년 6월 22세에 졸업할 계획입니다.
 - 2005년 9월 1일 - 2006년 8월 31일. 본인은 2027년 6월 21세에 졸업할 계획입니다.

학교를 졸업할 적절한 시기는 IEP 팀에서 결정합니다. 귀하의 스쿨 투 워크 시작일을 어떻게 결정해야 할지 잘 모르시겠다면 귀하의 교사와 상담하십시오.

본인은 S2W 참여가 무엇을 의미하는지 잘 알고 있으므로 다음 포인트를 읽고 체크했습니다.

- 본인은 교육구에서 2년 모델을 승인하지 않은 한 S2W가 1년 동안 진행된다는 점을 이해합니다. 본인의 졸업일이 본 동의서에서 확인한 날짜와 달라질 경우 본인은 S2W 팀의 도움을 얻어 고용 지원을 계속 받기 위해 다른 자금 지원 출처로 옮겨야 합니다.
- 본인의 기관은 학교를 떠나기 전에 본인의 S2W 팀과 함께 본인이 직업을 찾도록 도와줄 것입니다. 하지만 본인은 S2W를 통한 일자리가 보장되지 않습니다.
- 고용 우선. 잘 맞는 일자리를 찾은 경우, 본인은 학교에 다니면서 그 일자리에 취업을 하고자 하며 본인의 교사가 직장을 우선으로 학교 일정을 조정하도록 도와줄 것입니다.
- 고용 컨설턴트는 본인의 학교 직원과 함께 협력하여 본인이 새로운 기술을 배우고 본인의 필요에 따른 직무 코칭을 통해 직무를 더 독립적으로 수행할 수 있도록 도와줄 것입니다.
- 만약 내가 아직 DDA 서비스에 필요한 장애 관련 Medicaid를 포함하는 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 자격이 없다면, 나는 우선적으로 신청해야 하며 정기적으로 내 S2W 팀에 업데이트해야 합니다.
- King 카운티는 본인이 학교를 떠난 후 발달장애행정국(Developmental Disabilities Administration, DDA)의 장기자금 지원을 기대하지만 보장하지는 않습니다. S2W 팀은 본인이 모든 자금 지원 방안을 알아보도록 도와줄 것입니다.
- 본인의 서비스에 대한 질문이나 우려사항이 있을 경우, 본인은 먼저 본인의 고용 컨설턴트나 그 관리자에게 연락을 할 것입니다(아래 참조).

- 본인이 S2W 서비스에 만족하지 않을 경우, 본인은 본인의 가족과 교사, 직업재활부(Division of Vocational Rehabilitation, DVR) 상담사, 고용 컨설턴트, King 카운티 S2W 프로그램 관리자와 팀 회의를 요청합니다.
- 본인이 기관 변경을 알아보고자 할 경우, S2W 팀 회의가 먼저 필요하다는 점을 인정합니다.

본인의 S2W 팀 구성:

교사, _____, _____ 교육구

부모/후원자, _____

고용 컨설턴트(결정된 경우), _____

고용 기관 관리자, _____

DDA 사례 관리자(해당하는 경우), _____

DVR 상담사(결정된 경우), _____

King 카운티 S2W, s2wreports@kingcounty.gov (아래 프로그램 관리자 연락처를 확인하십시오).

노트/의견/연락처 정보:

본인은 이 양식을 작성하고 서명함으로써 위 날짜에 King County Developmental Disabilities and Early Childhood Division(발달장애 및 유아부, DDECSD) 자금 지원 고용 서비스를 요청합니다.

(학생)	(날짜)
(고용 기관 대표자)	(날짜)
(부모/제공자)	(날짜)
(부모/제공자가 아닌 보호자)	(날짜)

작성 완료된 양식을 다음 주소로 보내주십시오. S2WReports@kingcounty.gov

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