



King County

Программа School-to-Work Соглашение между учащимся (-ейся) и агентством

Я, _____, выбрал (-а) _____
(Имя и фамилия учащегося (-ейся)) (Название агентства по трудоустройству)

в качестве моего агентства по трудоустройству (Агентство) для программы School-to-Work (S2W), и мы начнем сотрудничество со следующей даты: _____. Моя дата рождения: _____.
(Дата рождения учащегося) (Обязательно поставьте дату)

Перечисленные ниже варианты позволяют установить дату начала участия в School-to-Work уже с 1 июля 2025 года. Прочтите все варианты и отметьте квадрат напротив варианта, который лучше всего отвечает вашему плану окончания учебы.

Моя дата рождения приходится на период:

- 1 сентября 2003 — 31 августа 2004. Я планирую окончить учебу в возрасте 22 лет в июне 2026 года.
- 1 сентября 2004 — 31 августа 2005. Я планирую окончить учебу в возрасте 21 года в июне 2026 года.
- Мой школьный округ установил мое право на участие в двухлетней программе School-to-Work. Моя дата рождения приходится на период:
 - 1 сентября 2004 — 31 августа 2005. Я планирую окончить учебу в возрасте 22 лет в июне 2027 года.
 - 1 сентября 2005 — 31 августа 2006. Я планирую окончить учебу в возрасте 21 года в июне 2027 года.

Решение о подходящем времени для окончания школы выбирает команда по разработке IEP. Если вы не уверены, как определить дату начала вашего участия в программе School-to-Work, поговорите со своим учителем.

Я прочитал(а) и отметил(а) следующие варианты ниже, потому что я понимаю, что означает участвовать в программе S2W:

- Я понимаю, что программа S2W длится один год, если только мой школьный округ не утвердит двухлетнюю модель. Если дата моего окончания учебы изменится и будет отличаться от указанной мной в этом соглашении, то мне придется перейти на другое финансирование, чтобы продолжать получать поддержку в трудоустройстве с помощью команды S2W.
- Агентство будет сотрудничать с моей командой S2W, чтобы помочь мне найти работу перед окончанием учебы в школе, однако, получение рабочего места от S2W не гарантировано.
- Приоритет отдается трудоустройству. Если будет найдена хорошая подходящая вакансия, то я соглашусь устроиться на работу, и мой учитель поможет мне изменить расписание занятий, чтобы отдать приоритет работе.
- Консультант по вопросам трудоустройства вместе с работниками моей школы будет помогать мне получать новые навыки и становиться более независимым (-ой) на рабочем месте, путем проведения коучинга на тему работы с учетом моих потребностей.
- Если у меня еще нет права на дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income SSI), которое включает программу Medicaid для лиц с инвалидностью, требуемую для получения услуг DDA, то мне необходимо в приоритетном порядке подать соответствующее заявление и регулярно сообщать команде S2W о статусе моего заявления.
- Округ Кинг ожидает, что мне будет выделено долгосрочное финансирование от Администрации по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration, DDA) после окончания мной школы, однако не может гарантировать этого. Команда S2W будет помогать мне узнавать о вариантах получения финансирования.
- Если у меня возникнут вопросы или опасения относительно получаемых мной услуг, то я сперва обращусь к своему консультанту по вопросам трудоустройства или его/ее менеджеру (см. ниже).

- Если я буду недоволен/недовольна получаемыми услугами S2W, я запрошу встречу команды вместе с моей семьей, учителем, консультантом Отдела профессиональной реабилитации (DVR), консультантом по вопросам трудоустройства и менеджером программы S2W округа Кинг.
- Если я захочу сменить агентство, то я понимаю, что сперва требуется провести встречу с командой S2W.

Моя команда S2W состоит из:

Учитель, _____, в школьном округе _____

Родитель (-и)/Помощник (-ца), _____

Консультант по вопросам трудоустройства (если назначен), _____

Менеджер агентства по трудоустройству, _____

Менеджер по ведению дела в DDA (если это применимо в вашем случае), _____

Консультант DVR (если назначен), _____

S2W округа Кинг, s2wreports@kingcounty.gov (контактные данные менеджера программы указаны ниже).

Примечания/комментарии/контактная информация:

Заполнив и подписав эту форму, я запрашиваю у Отдела поддержки лиц с нарушениями развития и детей младшего возраста округа Кинг (King County Developmental Disabilities and Early Childhood Division, DDECSD) финансирование услуг по поиску трудоустройства с поддержкой, начиная с даты, указанной выше.

(Учащийся (-ая))

(Дата)

(Представитель агентства по трудоустройству)

(Дата)

(Родитель/поставщик услуг)

(Дата)

(Опекун, если он/она не является родителем/поставщиком услуг)

(Дата)

Полностью заполните эту форму и отправьте ее по электронной почте на:
S2WReports@kingcounty.gov

Контактная информация:

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

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