

个人责任计划 (IRP)

JAS识别号

专案编号

客户识别号

WorkFirst 个人责任计划 _____

本人知悉：

- 我需要出去工作，找工作，或为工作做准备。
- 我必须参加规定的活动。如未参加规定的活动且无充分理由，将受到处罚，进入WorkFirst处罚状态。
 - 受处罚后：
 - 我收到的资助将减少40%或减少一人份额，以两者中数额大的为准，或者
 - 无法获得支援服务，除非重新与WorkFirst签约。
 - 如因WorkFirst处罚造成现金援助减少：
 - 我可能需要连续4周遵循我的《个人责任计划》，以结束处罚。
 - 在连续4周按要求完成后，我的处罚结束，从参与4周后那个月的第一天开始计算。
 - 如连续10月接受处罚，我的专案将被关闭。
 - 如因WorkFirst处罚造成专案关闭：
 - 我需要重新申请，可能需要连续参与4周才能收到现金。
- 在获得TANF/SFA福利时，若无充分理由，必须与儿童抚养司合作。成功获得儿童抚养费后，我可能不再需要现金援助。
- 我一生仅能获得60个月的TANF/SFA现金福利，除非有资格获得延期。
- 我已经使用了 _____ 个月的现金福利。
- 我需要出去工作，找工作，或为工作做准备。如不能参加预定的活动，我会打电话给相关人员，电话见下文。
- 我每周必须按规定参加相关活动，持续时间见下文：

如有充分理由不能按照我的计划执行，我必须尽快联系并配合我的WorkFirst项目专员/社工。充分理由举例如下：

- 因生病或在照顾孩子的过程中或在路途上出现意外事件而错过预约；
- 紧急情况（身体、精神或情绪）；
- 家庭暴力受害者；
- 在我所在的地区找不到我能负担的适合13岁以下儿童的儿童看护机构；
- 紧迫的法律问题；
- 患有残疾或存在特定情况，造成我无法满足项目要求；
- 我是有严重慢性残疾的成年人；
- 需在家中照料有特殊需求的儿童或者其他残疾成年人。
- 55岁及以上，且需要照顾不是我孩子的儿童；
- 正在与DSHS协调员一起申请SSI。
- 居无定所或者需要照料居无定所的儿童。

如不同意此计划，我有权申请专案审查及/或行政听证。如申请听证，必须在以下专案经理签名后90天内，联系我所在社区服务办公室或行政听证办公室（DSHS, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489）。我已收到我的《个人责任计划》。在听证会上，我有权为自己辩护，或由律师或我选择的任何其他人为我辩护。我可以通过以下方式联系协调法律教育咨询与推介机构（CLEAR），获得免费法律咨询或辩护服务：

- 访问网站 <http://nwjustice.org/get-legal-help>；
- 60岁以下请致电1-888-201-1014，或

- 60岁及以下请致电Calling 1-888-387-7111。

专案经理签名	日期	本人签名	日期
JAS识别号	专案编号	客户识别号	

保密要求

我可能会得到支援服务，帮助我在工作中进步、保住工作、获得工作、寻找工作或遵循我的计划。如不同意有关支援服务的决定，我可以申请专案审查及/或听证。如我需要以下支援服务，我将咨询我的WorkFirst计划专员/社工：

- | | | | |
|--------|--------|----------|---------|
| • 汽车修理 | • 纸尿裤 | • 许可证/费用 | • 里程 |
| • 服装 | • 教育费用 | • 理发 | • 工作用工具 |
| • 咨询 | • 个人卫生 | • 公交卡 | • 计生 |

受处罚期间，我将无法获得支援服务（如工作服费用或交通费），除非我开始执行我的《个人责任计划》。

我了解，如拒绝与儿童抚养司合作时无充分理由，我收到的资助可能会减少。充分理由包括我的孩子或我受到伤害威胁。我了解，在我接受TANF援助期间，需把全部儿童抚养费返还给州政府。

当停止获得TANF/SFA时，DCS将向我发放儿童抚养费，直至我申请停止。我了解支援服务、处罚与儿童抚养。

专案经理签名	日期	本人签名	日期
--------	----	------	----