



## Regjistri mujor i pjesëmarrjes në programe arsimore dhe trajnimi të ABAWD-së (Albanian)

### UDHËZIME

Të rriturit e aftë fizikisht pa persona në ngarkim (Able-Bodied Adults Without Dependent, ABAWD) që nuk punojnë mund të përmbushin rregullat federale të punës të ABAWD-së duke marrë pjesë në programe specifike arsimore ose trajnimi për të paktën 20 orë në javë (80 orë në muaj). Mos e përdorni këtë formular për të dhënë dëshmi të regjistrimit në shkollë të mesme ose kolegji. Kontaktoni ofruesin e PACE-s në numrin e telefonit në faqen e fundit të këtij njoftimi për të mësuar se si të dëshmoni që jeni në shkollë të mesme ose kolegji. Nuk është e nevojshme që ta plotësoni këtë formular nëse jeni të përjashtuar nga rregullat federale të punës të ABAWD-së.

#### ■ Hapi 1: Kërkojini stafit të ofruesit të programit të plotësojë Pjesën 2

Nëse jeni në një program arsimor ose trajnimi, çojani këtë formular ofruesit të programit tuaj. Kërkojini që të plotësojë Pjesën 2 të këtij formulari.

#### ■ Hapi 2: Dorëzojeni këtë formular të plotësuar pranë Administratës së Burimeve Njerëzore (Human Resources Administration, HRA)

Duhet t'ia jepni këtë formular të plotësuar ofruesit të PACE-s çdo muaj për të vërtetuar se po i përmbushni rregullat federale të punës të ABAWD-së. Nëse nuk dorëzoni dëshmi të pjesëmarrjes suaj, mund të humbisni përfitimet tuaja të SNAP.

**Vini re:** Nëse ka diçka që ju pengon të merrni pjesë në programin tuaj arsimor ose të trajnimit, informoni ofruesin e PACE-s në numrin e telefonit në faqen e fundit të këtij njoftimi për arsyen dhe datën(at) kur nuk mundët të merrni pjesë.

---

### Pjesa 1: Të plotësohet nga klienti

Emri i klientit

Numri i çështjes

Konteja

Adresa

#### **Autorizimi i klientit**

Unë autorizoj lëshimin e informacionit të kërkuar të programit arsimor/të trajnimit te HRA-ja.

Nënshkrimi i klientit

Data

(Ktheni faqen)

## Regjistri mujor i pjesëmarrjes në programe arsimore dhe trajnimi të ABAWD-së (vazhdim)

### Pjesa 2: Të plotësohet nga stafi i programit arsimor/të trajnimit

Emri i programit

Emri i ofruesit/agjencisë

Adresa e ofruesit/agjencisë

Në këtë program përfshihet: (zgjidhni të gjithë komponentët që zbatohen)

- GED  Anglishtja si gjuhë e dytë (English as a Second Language, ESL)
- Mësim i bazuar në punë (duke përfshirë stazhet, praktikat profesionale, trajnimin në vendin e punës etj.)
- Kërkimi për punë  Arsimi bazë për të rritur  Trajnimi profesional ose teknik
- Trajnimi i gatishmërisë për punë  Tjetër: \_\_\_\_\_

Data kur klienti filloi programin

Data kur klienti pret ta përfundojë programin

Numri i orëve që klienti mori pjesë në program

Numri i orëve në javë të dedikuara për aktivitete kërkimi për punë/  
gatishmërie për punë

Ky program është: (zgjidhni një të njërit)

- Program i WIOA, Kreu 1
- Një program sipas seksionit 236 të ligjit "Për tregtinë" të vitit 1974
- Një program punësimi dhe trajnimi për veteranët, i cili ofrohet nga Departamenti i Punës (Department of Labor) ose Departamenti i Çështjeve të Veteranëve (Department of Veterans Affairs)
- Një shërbim punësueshmërie për refugjatët i njohur në nivel federal (i miratuar, i financuar ose i drejtuar nga Zyra Federale e Risistemimit të Refugjatëve (Office of Refugee Resettlement))

(Ktheni faqen)

## Regjistri mujor i pjesëmarrjes në programe arsimore dhe trajnimi të ABAWD-së (vazhdim)

### Vërtetimi nga programi

Unë vërtetoj se klienti i renditur në Pjesën 1 është duke marrë pjesë aktualisht në programin e përshkruar më sipër.

\_\_\_\_\_  
Emri i stafit të programit (me germa shtypi)

\_\_\_\_\_  
Titulli i stafit të programit

\_\_\_\_\_  
Numri i telefonit i stafit të programit

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i stafit të programit

\_\_\_\_\_  
Data

### MËNYRAT SI TA KTHENI KËTË FORMULAR TEK OFRUESI I PACE-S



**ME EMAIL** – \_\_\_\_\_



**PERSONALISHT** – \_\_\_\_\_  
Sillni kopje të dokumenteve në:



Dërgoni me **FAKS** dokumentet në \_\_\_\_\_

**A keni një gjendje shëndetësore mjekësore ose mendore apo aftësi të kufizuar? A jua bën të vështirë kjo gjendje që ta kuptoni këtë njoftim apo të kryeni veprimet që ju kërkohen nëpërmjet këtij njoftimi? A jua bën të vështirë kjo gjendje të përfitoni shërbime të tjera në HRA? **Ne mund t'ju ndihmojmë.** Na telefononi në numrin 718-557-1399. Mund të kërkoni ndihmë edhe kur paraqiteni pranë një zyre të HRA-së. Ju gëzoni të drejtën ta kërkoni këtë lloj ndihme sipas ligjit.**