



Miesięczny rejestr uczestnictwa ABAWD w edukacji i szkoleniach (Polish)

INSTRUKCJE

Pełnosprawni dorośli bez osób na utrzymaniu (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD), którzy nie pracują, mogą spełnić wymogi federalnych zasad pracy ABAWD, uczestnicząc w określonych programach edukacyjnych lub szkoleniowych przez co najmniej 20 godzin tygodniowo (80 godzin miesięcznie). Nie należy używać tego formularza do udowodnienia zapisania się do szkoły średniej lub wyższej. Należy skontaktować się z podmiotem zarządzającym programem ścieżki dostępu do kariery i zatrudnienia (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) pod numerem telefonu na ostatniej stronie tego zawiadomienia, aby dowiedzieć się, jak udowodnić, że uczęszcza Pan/Pani do szkoły średniej lub wyższej. Nie trzeba wypełniać tego formularza, jeśli jest Pan/Pani zwolniony(-a) z obowiązku spełnienia wymogów federalnych zasad pracy ABAWD.

Krok 1: Poprosić personel podmiotu zarządzającego programem o wypełnienie części 2

Jeśli uczestniczy Pan/Pani w programie edukacyjnym lub szkoleniowym, należy zanieść ten formularz do podmiotu zarządzającego programem. Należy poprosić go o wypełnienie części 2 tego formularza.

Krok 2: Przesłać ten wypełniony formularz do Działu Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA)

Należy przekazywać ten wypełniony formularz dostawcy PACE co miesiąc, aby udowodnić, że spełnia Pan/Pani wymogi federalnych zasad pracy ABAWD. Jeśli nie prześle Pan/Pani dowodu uczestnictwa, może Pan/Pani stracić świadczenia w ramach Programu dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).

Uwaga: Jeśli coś uniemożliwia Panu/Pani udział w programie edukacyjnym lub szkoleniowym, należy poinformować podmiot zarządzający programem PACE pod numerem telefonu podanym na ostatniej stronie tego zawiadomienia o przyczynie i dacie (datach), w których nie mógł Pan/nie mogła Pani uczestniczyć.

Część 1: Do wypełnienia przez klienta

Imię i nazwisko klienta

Numer sprawy

Powiat

Adres

Oświadczenie klienta

Wyrażam zgodę na udostępnienie HRA żądanych informacji o programach edukacyjnych/szkoleniowych.

Podpis klienta

Data

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Miesięczny rejestr uczestnictwa ABAWD w edukacji i szkoleniach (ciąg dalszy)

Część 2: Do wypełnienia przez personel programu edukacyjnego/szkoleniowego

Nazwa programu

Nazwa usługodawcy/agencji

Adres usługodawcy/agencji

Ten program obejmuje: (zaznaczyć wszystkie elementy, które mają zastosowanie)

- Powszechna systemu kształcenia (General Educational Development, GED)
- Język angielski jako język obcy (English as a Second Language, ESL)
- Naukę opartą na pracy (w tym staże, praktyki zawodowe, szkolenia w miejscu pracy itp.)
- Poszukiwanie pracy
- Podstawową edukację dla osób dorosłych
- Szkolenie zawodowe lub techniczne
- Szkolenie w zakresie gotowości do pracy
- Inne: _____

Data rozpoczęcia programu przez klienta

Spodziewana data ukończenia programu przez klienta

Liczba godzin uczestnictwa klienta w programie

Liczba godzin tygodniowo poświęconych na poszukiwanie pracy/działania przygotowujące do pracy

Ten program to: (zaznaczyć jedną opcję)

- Program związany z tytułem 1 Ustawy o innowacyjności i możliwościach siły roboczej (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA)
- Program realizowany na podstawie sekcji 236 Ustawy o handlu (Trade Act) z 1974 r.
- Program zatrudnienia i szkoleń dla weteranów oferowany przez Wydział Pracy (Department of Labor) lub Wydział ds. Weteranów (Department of Veterans Affairs)
- Usługa zatrudnienia uchodźców uznana na szczeblu federalnym (zatwierdzona, finansowana lub obsługiwana przez federalne Biuro ds. Przesiedleń Uchodźców (Office of Refugee Resettlement))

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Miesięczny rejestr uczestnictwa ABAWD w edukacji i szkoleniach *(ciąg dalszy)*

Certyfikacja programu

Oświadczam, że klient wymieniony w części 1 obecnie uczestniczy w programie opisanym powyżej.

Imię i nazwisko członka personelu programu (drukowanymi literami)

Tytuł członka personelu programu

Telefon do członka personelu programu

Podpis członka personelu programu

Data

SPOSOBY ZWROTU NINIEJSZEGO FORMULARZA DO DOSTAWCY PACE



ZA POŚREDNICTWEM
POCZTY E-MAIL – _____



_____ należy przynieść kopie dokumentów do:
OSOBIŚCIE – _____



Należy przesłać dokumenty **FAKSEM** pod numer _____

Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością lub cierpi na chorobę fizyczną lub psychiczną? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy ten stan utrudnia Panu/Pani uzyskanie innych usług od HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.