



## Ежемесячное обучение и тренинги для АВАВД Запись об участии (Russian)

### ИНСТРУКЦИИ

Трудоспособные взрослые, не имеющие иждивенцев (Able-Bodied Adults Without Dependents, АВАВД), которые не работают, могут выполнить федеральные правила трудоустройства АВАВД, участвуя в специальных программах обучения или подготовки не менее 20 часов в неделю (80 часов в месяц). Не используйте эту форму для подтверждения зачисления в среднюю школу или колледж. Свяжитесь с поставщиком услуг Программы возможности доступа к профессиональной карьере и трудоустройству (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) по номеру, указанному на последней странице данного уведомления, чтобы узнать, как подтвердить обучение в средней школе или колледже. Вам не нужно заполнять эту форму, если вы освобождены от федеральных правил трудоустройства АВАВД.

■ **Шаг 1. Попросите сотрудников организации-поставщика услуг по программе заполнить Часть 2**

Если вы участвуете в программе обучения или подготовки, передайте эту форму своему поставщику услуг по программе. Попросите сотрудников заполнить Часть 2 этой формы.

■ **Шаг 2. Отправьте эту заполненную форму в Управление по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA)**

Вы должны предоставлять эту заполненную форму поставщику услуг PACE каждый месяц, чтобы подтвердить, что вы выполняете федеральные правила трудоустройства АВАВД. Если вы не представите подтверждение своего участия в программе, вы можете лишиться пособия по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).

**Примечание.** Если вы по какой-либо причине не сможете посетить программу обучения или тренинга, пожалуйста, сообщите об этом поставщику услуг PACE по телефону, указанному на последней странице данного уведомления, указав причину и дату (даты) вашего отсутствия.

---

### Часть 1: Заполняется клиентом

Имя и фамилия клиента

Номер дела

Округ

Адрес

### Разрешение клиента

Я разрешаю передать запрашиваемую информацию о программе обучения/тренингов в HRA.

Подпись клиента

Дата

(Продолжение на следующей странице)

## Ежемесячное обучение и тренинги для АВАВД Запись об участии (продолжение)

---

### Часть 2: Заполняется персоналом программы обучения/тренингов

---

Название программы

---

Название поставщика услуг/организации

---

Адрес поставщика услуг/организации

Эта программа включает следующие компоненты (отметьте все применимые пункты):

- Общеобразовательная подготовка (General Educational Development, GED)
- Изучение английского как второго языка (English as a Second Language, ESL)
- Обучение на рабочем месте (включая стажировки, практику, обучение на рабочем месте и т. д.)
- Поиск работы
- Базовое образование для взрослых
- Профессиональное или техническое обучение
- Подготовка к трудоустройству
- Другое: \_\_\_\_\_

---

Дата начала программы клиентом

---

Дата планируемого завершения программы клиентом

---

Количество часов, которые клиент провел, участвуя в программе

---

Количество часов в неделю, посвященных поиску работы/подготовке к трудоустройству

Программа: (отметьте одно)

- Программа на основании Закона об инновациях и возможностях в сфере трудоустройства (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA) Титул 1
- Программа в соответствии с разделом 236 Закона о торговле 1974 года
- Программа трудоустройства и обучения ветеранов, предлагаемая Министерством труда (Department of Labor) или Департаментом по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs)
- Признанная на федеральном уровне служба трудоустройства беженцев (одобренная, финансируемая или управляемая федеральным Управлением по делам переселения беженцев (Office of Refugee Resettlement))

(Продолжение на следующей странице)

## Ежемесячное обучение и тренинги для АВАВД Запись об участии (продолжение)

### Подтверждение сотрудника программы

Я подтверждаю, что клиент, указанный в Части 1, в настоящее время участвует в программе, описанной выше.

Имя и фамилия сотрудника программы (печатными буквами)

Должность сотрудника программы

Телефон сотрудника программы

Подпись сотрудника программы

Дата

### СПОСОБЫ ВОЗВРАТА ЭТОЙ ФОРМЫ ПОСТАВЩИКУ УСЛУГ РАСЕ



**ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ** — \_\_\_\_\_



подайте копии документов по адресу:  
**ЛИЧНО** — \_\_\_\_\_



Отправьте документы по **ФАКСУ** \_\_\_\_\_

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?** Это состояние мешает Вам понять содержание настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это состояние не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем помочь.** Позвоните по номеру 718-557-1399. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У Вас есть законное право на это.