معافیت از غربالگری و/یا ارزیابی
ناتوانی های یادگیری CalWORKs

اگر برای خواندن یا درک این فرم نیاز به کمک داشتید به کارشناس خود بگوئید. خیلی با دقت این فرم را با کارشناس کانتی مرور کنید. درباره هرچیزی که متوجه نمی شوید، سؤال کنید. اگر نمی خواهید در این زمان برای ناتوانی های یادگیری مورد غربالگری یا ارزیابی قرار بگیرید، از شما درخواست می شود این فرم را امضاء کنید و یک نسخه از این فرم به شما داده خواهد شد.

مزایای غربالگری و ارزیابی ناتوانی های یادگیری

بسیار مهم است که شما را برای ناتوانی های احتمالی یادگیری مورد غربالگری و ارزیابی قرار دهیم. لطفاً توجه داشته باشید که اکثر افراد دارای ناتوانی های یادگیری باهوش هستند و بسیاری از آنها استثنائی می باشند. اگر کانتی تشخیص بدهد که دارای ناتوانی های یادگیری هستید، کانتی می تواند بهتر به شما کمک کند تا تصمیم بگیرید کدام فعالیت برای شما مناسب تر است. می توان به افراد دارای ناتوانی های یادگیری آموزش داد که از نقاط قوت خود استفاده کرده و راه هائی برای آسان ساختن فراگیری پیدا کنند و در مدرسه و کار خود موفق تر باشند.

انجام غربالگری و ارزیابی برای ناتوانی های یادگیری می تواند به شما کمک کند تا کاری مناسب برای خود پیدا کرده، حفظ کرده و در آن پیشرفت کنید. همچنین به شما کمک خواهد تا در برنامه تحصیلی یا آموزشی خود عملکرد خوبی داشته باشید. غربالگری و ارزیابی همچنین می تواند کمک ها و خدماتی را در اختیارتان قرار دهد که برای تأمین الزامات رفاهی-به-کار به آنها نیاز دارید. اگر وضعیت شما آنقدر شدید باشد که امکان کار مرتب یا مشارکت در فعالیت های رفاهی-به-کار را نداشته باشید، ممکن است الزامات رفاهی-به-کار برای شما در نظر گرفته نشود: 20 ساعت در هفته برای یک پدر یا مادر تنها با یک کودک زیر شش سال، 30 ساعت در هفته برای یک پدر یا مادر تنها بدون کودک زیر شش سال، یا 35 ساعت برای خانواده های متشکل از دو ولی.

اگر قبلاً یک ارزیابی انجام داده اید و در آن بیان شده است که دارای ناتوانی های یادگیری هستید، لطفاً آن ارزیابی را به کارشناس کانتی خود بدهید. کانتی ممکن است تمام یا بخش هائی از ارزیابی را بپذیرد و تسهیلات معقول در اختیار شما قرار دهد و یا ارزیابی را قبول نکرده و شما را برای انجام یک ارزیابی دیگر معرفی کند. کارشناس کانتی شما اطلاعات مربوط به پذیرش ارزیابی ناتوانی های یادگیری شما توسط کانتی را در پرونده تان ثبت خواهد کرد. اگر کانتی ارزیابی قبلی شما را بپذیرد لازم نیست این معافیت را امضاء کنید.

اگر نمی خواهید در این زمان برای ناتوانی های یادگیری مورد غربالگری یا ارزیابی قرار بگیرید و مدارک دیگری درباره ناتوانی های یادگیری به ما ارائه نکنید:

1. برای ناتوانی های یادگیری تسهیلات دریافت نخواهید کرد.
2. باید مثل هر شخص دیگری که از CalWORKs استفاده می کند و فاقد ناتوانی های یادگیری است، الزامات رفاهی-به-کار را رعایت کنید. اگر الزامات رفاهی-به-کار را رعایت نکنید، Cash Aid شما ممکن است کاهش یافته یا متوقف شود.
3. شما می توانید **در هر زمان** نظر خود را عوض کرده و درخواست یک غربالگری و/یا ارزیابی برای ناتوانی های یادگیری بکنید.

اگر بعداً مشخص شود که دارای ناتوانی های یادگیری هستید، کانتی بعد از تاریخی که کارشناس شما یافته های ارزیابی را با شما مطرح کرد و وقتی در صورت یک برنامه جدید رفاهی-به-کار امضاء کردید، کمک ها و خدمات لازم را در اختیار شما می گذارد.

برای تکمیل این فرم به صفحه بعد رجوع کنید.

معافیت از غربالگری و/یا ارزیابی
ناتوانی های یادگیری CalWORKs (ادامه)

من در این زمان می خواهم درخواست معافیت (رد) غربالگری و/یا ارزیابی برای ناتوانی های یادگیری بکنم. برنامه رفاهی-به-کار من شامل تسهیلات برای ناتوانی های یادگیری نخواهد بود مگر آنکه یک ارزیابی قبلی ناتوانی های یادگیری ارائه کنم و کانتی آن ارزیابی را قبول کند.

من این فرم را خوانده ام و/یا آنرا برای من خوانده اند. من اطلاعات نوشته شده در این فرم را متوجه شده ام.
در این زمان، من این موارد را نمی خواهم:

☐ **غربالگری ناتوانی های یادگیری** ☐ **ارزیابی ناتوانی های یادگیری**

شما حق دارید از امضاء کردن این فرم خودداری کنید. اگر از امضاء کردن این فرم خودداری کنم، مانند این خواهد بود که فرم معافیت از انجام غربالگری و/یا ارزیابی ناتوانی های یادگیری را امضاء کرده باشم. اینکه از انجام غربالگری و/یا ارزیابی ناتوانی های یادگیری درخواست معافیت کرده ام در پرونده من نوشته خواهد شد.

شماره پرونده	نام شرکت کننده با حروف واضح و درشت
تاریخ	نام امضاء شده شرکت کننده

فقط برای استفاده کانتی (County Use Only Section):

I have discussed this form and offered a learning disabilities screening/evaluation to the participant named above:

☐ **Participant signed this form to waive the learning disabilities screening/evaluation.**

☐ **Participant refused to sign this form after waiving the learning disabilities screening/evaluation.**

JOB TITLE OF INTERVIEWER	PRINTED NAME OF INTERVIEWER
SIGNED NAME OF INTERVIEWER	DATE