

ПРОГРАММА САМООПРЕДЕЛЕНИЯ (SIP) CalWORKs

АНКЕТА ПРОСЬБЫ О ПЕРЕСМОТРЕ

ИНСТРУКЦИИ: Если Вы считаете, что любая из ситуаций, описанных в этой анкете относится к Вам, пожалуйста, заполните эту анкету и верните её в округ не позже 29 октября 1999 года. **Если анкета не сдана в отдел социального обеспечения округа до 29 октября 1999 года, в любом требовании на льготы или восстановлении льгот будет отказано.**

Пожалуйста, напечатайте или напишите печатными буквами ответы на следующие вопросы:

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
-----	---------------

АДРЕС

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДЕЛО #	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-------------------------------	--------	----------------

Если Вы состояли в школьной программе, в которую Вы записались сами (SIP) когда Вы должны были участвовать в программе CalWORKs Welfare-to-Work и Вы ответите да на любой нижеуказанный вопрос, то может Вы сможете:

- пойти обратно в школу;
- получить деньги на учебники, транспорт и присмотр за детьми;
- опровергнуть санкцию и получить денежную помощь;
- изменить Ваш план программы welfare-to-work.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы по Вашей школьной программе (SIP):

НАЗВАНИЕ КОЛЛЕДЖА/ШКОЛЫ, ГДЕ ВЫ УЧАСТВОВАЛИ В ПРОГРАММЕ

АДРЕС КОЛЛЕДЖА/ШКОЛЫ, ГДЕ ВЫ УЧАСТВОВАЛИ В ПРОГРАММЕ
--

ДА	НЕТ	В любое время, начиная с 1 января 1998 года:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Отказался ли округ сделать школьную программу (SIP) одним из заданий программы CalWORKs Welfare-to-Work?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Отказался ли округ разрешить Вам продолжать неутверждённую школьную программу (SIP) до окончания четверти или семестра?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Отказал ли округ, изменил или укоротил Вашу школьную программу (SIP) из-за того, что она продолжалась не полный день или не могла быть завершена в течение 18 или 24 месячного периода программы Welfare-to-Work?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Требовал ли округ, чтобы Вы пошли работать в часы занятий (SIP)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Отказался ли округ зачитывать часы Вашей работы/обучения в счет требований участия в программе SIP Welfare-to-Work?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Отказался ли округ засчитывать выбранные Вами для получения образования классы или классы, взятые Вами с учетом Вашей неспособности обучаться, как часть Вашей школьной программы (SIP)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Отказался ли округ оплатить необходимые вспомогательные услуги во время Вашей школьной программы или производственного обучения?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Отказал ли или уменьшил ли округ вспомогательные услуги для Вас без Вашего согласия основываясь на финансовой помощи получаемой Вами?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Имели ли Вы какую либо другую проблему с округом в отношении Вашей школьной программы (SIP)? Если да, объясните _____ _____ _____

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ SIP	ДАТА ПОДПИСИ
---------------------------------	--------------

ВНИМАНИЕ: Письмо, предоставляющее информацию насчет правил SIP Вы можете найти на странице Интернета Департамента: <http://www.dss.cahwnet.gov>. Выберите "All County Letters", потом письмо № 99-32.