**موافقتنامه مشارکت Wisconsin Works (W-2)**

WISCONSIN WORKS (W-2) PARTICIPATION AGREEMENT

ممکن است از اطلاعات شخصی که ارائه می دهید برای اهداف فرعی استفاده شود، مطابق [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

من میدانم و موافقت می کنم که من مسئول سلامت و رفاه خودم و خانواده ام هستم. برنامه W-2 می تواند به من کمک کند شغلی پیدا و آن را حفظ کنم تا بتوانم مسئولیت هایم را انجام دهم. اگر واجد شرایط باشم، با موارد زیر موافقت می کنم:

**قوانین شغلی**

1. هدف من پیدا و حفظ کردن شغلی است که متناسب با توانمندی هایم باشد. اگر در هر گونه موقعیت شغلی W-2 منصوب شوم، همچنان به دنبال شغل خواهم بود و قبول خواهم کرد. اگر از پذیرفتن شغلی خودداری کنم، از شغلی استعفا بدهم یا بدون دلیل موجه از شغلی اخراج شوم، ممکن است واجد شرایط W-2 نباشم.
2. من با یک مسول یا برنامه‌ریز مالی و اشتغال (FEP) ملاقات خواهم کرد و در ارزشیابی شرکت خواهم کرد. پاسخ های من محرمانه نگه داشته خواهد شد و از آنها برای کمک به من در برنامه W-2 استفاده خواهد شد. واقف هستم که اگر مدد کارم در اظهارات من از موارد سوء استفاده از کود کان آگاه شود، باید آن اطلاعات را به خدمات مراقبت از کود کان گزارش دهد.
3. واقف هستم که اگر شاغل باشم یا آمادگی اشتغال داشته باشم، ممکن است به یک موقعیت مدیریت موردی (CMUیاCMJ) تخصیص یابم و در پیدا کردن شغل، حفظ شغل یا پیدا کردن شغلی با درآمد بهتر مساعدت دریافت کنم، اما پرداخت نقدی دریافت نخواهم کرد. اگر آمادگی اشتغال نداشته باشم، ممکن است FEP من بسته به تاریخچه اشتغال و آمادگی شغلی من، من را در یکی از موقعیت های شغلی W-2 باحقوق که در زیر ذکر شده است قرار دهد:
4. **برنامه مطابقت شغلی آزمایشی (TEMP):** شغلی که ممکن است من را به صورت دائمی استخدام کند. در صورت استخدام، کارفرما حداقل کف دستمزد را برای ساعت هایی که کار می کنم به من پرداخت خواهد کرد.
5. **شغل خدمات اجتماعی (CSJ):** استخدام در کار و آموزشی که به اجتماع خدمت رسانی می کند و به من کمک می کند برای اشتغال آمادگی پیدا کنم. دستمزد ماهانه در ازای حد اکثر 40 ساعت مشارکت در فعالیت هایW-2 در هر هفته دریافت خواهم کرد. در اکثر موارد، آموزش و کارآموزی به 10 ساعت در هفته محدود می شود.
6. **برنامه انتقالی W-2 (W-2T):** اگر قادر نباشم در موقعیت CSJ مشارکت کنم، ممکن است در W-2T منصوب شوم. دستمزد ماهانه در ازای حد اکثر 40 ساعت مشارکت در فعالیت های W-2 در هر هفته دریافت خواهم کرد. در اکثر موارد، آموزش و کارآموزی به 12 ساعت در هفته محدود می شود.
7. من میدانم که باید در تمامی فعالیت های اختصاص یافته در "برنامه اشتغال پذیری" من مشارکت کنم. (EP).
* اگر به دلیل نداشتن نگهداری کودک، عدم توانایی کار کردن به دلیل پزشکی، لزوم مراجعه به داد گاه یا هر دلیل دیگری نمی توانم فعالیت های اختصاص یافته در EP خود را انجام دهم، باید بلافاصله به FEP خود اطلاع دهم. اگر عارضه پزشکی داشته باشم که بر توانایی کار کردن من تأثیر می گذارد، ممکن است از من خواسته شود در یک آزمایش پزشکی یا نوعی ارزشیابی دیگر شرکت کنم تا مشخص شود به خدمات یا تسهیلات خاصی نیاز دارم یا خیر. اگر از همکاری با این آزمایش/ارزشیابی خودداری کنم، ممکن است بدون لحاظ کردن عارضه پزشکی، به فعالیت هایی گماشته شوم.
* فرم های حضور و غیاب مربوط به تمامی ساعاتی که در فعالیت های W-2 شرکت می کنم را تکمیل کنم.
* اگر بدون دلیل موجه نتوانم هر کدام از فعالیت های اختصاص‌یافته در EP خود را انجام دهم، ممکن است هر کدام از موارد زیر اعمال شود:
	+ اگر در موقعیت شغلی CSJ یا W-2T باشم، در ازای هر ساعتی که بدون دلیل موجهی نتوانم وظایف اختصاص یافته در EP خود را انجام دهم، دستمزد من $5.00 کم خواهد شد.
	+ ممکن است تا سقف 180 روز پس از تاریخ آخرین تقاضانامه من، درخواست من برای W-2 در آینده رد شود.
1. واقف هستم که وظایف کاریW-2:
2. تابع تمامی قوانین و مقررات کار فدرال و ایالتی لازم الاجرا خواهد بود؛
3. مطابق با تمامی استاندارد های سلامت و ایمنی فدرال، ایالتی و محلی خواهد بود و عاری از تبعیض خواهد بود؛
4. من را ملزم به انصراف از حقوق کاری یا اتحادیه نخواهد کرد؛ و
5. کار گری را که در اعتصاب یا تعلیق به سر می برد یا درگیر نوعی اختلاف کاری مبنی بر حسن نیت است جایگزین نخواهد کرد.
6. واقف هستم که من یا سایر اعضای خانوار من که به آنها نیز فعالیت هایی اختصاص یافته است باید از قوانین برنامه W-2 به منظور یافتن یا حفظ شغل پیروی کنیم. اگر من یا سایر اعضای خانوار من که به آنها فعالیت هایی اختصاص یافته است از قوانین برنامه W-2 پیروی نکنیم، ممکن است به دلیل خود داری از مشارکت، صلاحیت من برای W-2 به مدت 90 روز رد شود. واقف هستم که خودداری از مشارکت به این معناست که من یا یکی دیگر از اعضای خانوار من که به آنها فعالیت هایی اختصاص یافته است:
* به دلیل سوء رفتار یا پرداختن به رفتار سوء در سازمان W-2 یا در مکانی که کار، تجربه کاری، آموزش یا خدمات W-2 ارائه می کند، از شغل اخراج شویم.
* در مصاحبه با کارفرمای بالقوه، نمایش گاه مشاغل یا جلسه با کارفرمای بالقوه حاضر نشویم یا بیشتر از15 دقیقه تأخیر داشته باشیم.
* مصاحبه یا جلسه با کارفرمای بالقوه را پیش از اتمام آن ترک کنیم.
* در مصاحبه یا جلسه با کارفرمای بالقوه، با وجود دریافت دستور العمل ها یا آموزش های مربوطه، با پوشش نا متعارف یا ظاهر نامناسب حاضر شویم.
* تقاضانامه شغلی مورد درخواست کارفرمای بالقوه را تکمیل نکنیم.
* الزامات کاری غیرمعقولی را به کارفرمای بالقوه مطرح کنیم که منجر به عدم صلاحیت استخدام شود.
* با وجود دریافت دستور العمل ها یا آموزش های مربوطه، اطلاعات نادرست یا ناقصی درباره صلاحیت ها در مصاحبه یا تقاضانامه شغلی ارائه دهیم که منجر به عدم صلاحیت برای آن شغل شود.
* از شغل مناسبی استعفا دهیم یا پیشنهاد صادقانه شغل مناسبی را رد کنیم.
* برای دو ماه متوالی یا برای سه ماه در یک بازه شش ماهه، در فعالیت های اختصاص یافته شرکت نکنیم که منجر به کاهش 20% یا بیشتر در مزایای W-2 شود.
* از دستور العمل شفاهی یا کتبی پرسنل سازمان W-2 یا پرسنل مکانی که کار، تجربه کاری، محل آموزش یا خدمات W-2 ارائه می دهد پیروی نکنیم یا از آنها خود داری کنیم.
* نسبت به پرسنل یا سایرین در سازمان W-2 یا مکانی که کار، تجربه کاری، آموزش یا خدمات W-2 ارائه می دهد از زبان رکیک یا ناسزا استفاده کنیم یا به رفتار توهین آمیز بپردازیم.
* از قوانین کاری کتبی تدوین شده توسط سازمان W-2 یا مکانی که کار، تجربه کاری، آموزش یا خدمات W-2 ارائه می ‌دهد تخلف کنیم.

**مسئولیت ها**

1. من در نام بردن و/یا پیدا کردن والد(ین) دیگر کودک (های) خود به شیوه قانونی همکاری خواهم کرد. اگر سه (3) بار با سازمان محلی حمایت از کود کان همکاری نکنم، تا زمانی که همکاری های لازم را نداشته باشم یا به مدت شش(6) ماه، هر کدام که طولانی تر باشد، واجد شرایط W-2 یا نگهداری کودک نخواهم بود.
2. من مدارک لازم برای اثبات اطلاعات را ظرف هفت(7) روز کاری پس از اینکه از من درخواست شود، ارائه خواهم کرد. من تغییرات درآمد، دارایی ها و ساختار خانواده را ظرف 10 روز گزارش خواهم داد. من تخلیه فرزند (های) خود از خانه ام را ظرف پنج (5) روز گزارش خواهم داد. اگر عمداً اطلاعات نادرست ارائه دهم، ممکن است تحت پیگرد قرار گیرم.
3. واقف هستم که اگر برای تخلفی که ظرف پنج سال گذشته انجام داده‌ام به جرم مواد مخدر محکوم شده باشم، باید به مددکار خود اطلاع دهم. اگر از ارائه این اطلاعات خود داری کنم، ممکن است خدماتW-2 از من سلب شود. اگر به جرم مواد مخدر محکوم شده باشم و در یک موقعیت CSJ یاW-2T منصوب شوم، باید با انجام آزمایش غربالگری مواد مخدر موافقت کنم. اگر جواب غربالگری مواد مخدر مثبت باشد، مزایای من کاهش خواهد یافت. اگر از انجام غربالگری مواد مخدر خود داری کنم، ممکن است فاقد شرایط دریافت خدمات W-2 به حساب آیم.

واقف هستم که باید طی ساعاتی که مشارکت می ‌کنم، نگهداری مناسبی برای کودکم تدارک دیده باشم. می ‌توانم با سازمان محلی منابع و ارجاعات نگهداری کودک تماس بگیرم تا به من در تدارک نگهداری کودک کمک کنند. اگر نتوانم نگهداری مناسب کودک را تدارک ببینم، به FEP خود اطلاع خواهم داد.

1. واقف هستم که پرداخت هایCSJ وW-2T با افزایش تعداد کود کان من افزایش نخواهد یافت.
2. حتماً فرزندانم را به مدرسه خواهم فرستاد. اگر آنها را به مدرسه نفرستم، ممکن است پرداخت های من کاهش یابد.
3. تغییرات در درآمد تحصیل شده یا تحصیل نشده یا دارایی ها را ظرف ده (10) روز تقویم گزارش خواهم داد. واقف هستم که اگر تغییرات را گزارش ندهم، ممکن است بابت پرداخت های W-2 که نباید دریافت می کرده ام بدهکار شوم.
4. اگر پرداختW-2 را به اشتباه دریافت کنم، باید آن را پس بدهم.
5. واقف هستم که نباید اطلاعات نادرست درباره خودم یا اعضای خانوارم به سازمان W-2 ارائه دهم.
6. واقف هستم که اگر مشخص شود من یا یکی از اعضای خانوار من با اطلاع من عمداً اطلاعات نادرست ارائه کرده ایم تا من واجد شرایط خدمات W-2 بشوم یا بمانم، ممکن استW-2 از من سلب شود یا پرداخت های W-2 من فسخ شود. امکان سلب صلاحیت برخورداری از W-2 به مدت 6 ماه برای بار اول، 12 ماه برای بار دوم و به صورت دائمی برای بار سوم وجود دارد. همچنین، اگر برای دریافت پرداخت‌ها یا خدمات، عمداً اطلاعات نادرست ارائه دهم، ممکن است به جرم کلاهبرداری تحت پیگرد قرار گیرم.

**مساعدت های موجود برای معلولین**

واقف هستم که اگر معلول باشم، ممکن است واجد شرایط دریافت مساعدت هایی از سازمان W-2 باشم که با عنوان تسهیلات معقول نیز شناخته می ‌شوند و به من کمک می ‌کند در فعالیت های کاری و آموزشی اختصاص یافته مشارکت کنم.

**معلولی یعنی چه؟** تعریف معلولی در "قانون شهروندان معلول آمریکایی" (ADA) بسیار خاص است و ممکن است با تعریف مورد استفاده در سایر برنامه ها یا خدمات یکسان نباشد. پیروADA، اگر فرد عارضه ای دارد که بر توانایی او برای انجام فعالیت های فیزیکی (مثل راه رفتن، دیدن، نفس کشیدن، شنیدن، غیره) تأثیر می ‌گذارد یا دچار عارضه ای روانی است (مثل کم توانی یاد گیری، افسردگی، پیشینه اعتیاد، اضطراب، هراس، غیره)، از فرد در برابر تبعیض بر مبنای معلولیت محافظت می ‌شود. همه محدودیت‌ها ذیل ADA جزو مصادیق معلولیت به حساب نمی آیند. ممکن است افراد ملزم باشند مدارک یا گواهی مربوط به وجود و شدت کم توانی را از یک متخصص پزشکی ارائه دهند.

**چه مساعدت هایی در دسترس است؟** ممکن است تسهیلاتی موجود باشد که امکان مشارکت در فعالیت های کاری یا آموزشی را برای افراد معلول فراهم کند. هر فردی بسته به نوع معلولیت خود، ممکن است مساعدت متفاوتی نیاز داشته باشد. درخواست های مساعدت به صورت موردی بررسی خواهد شد تا تعیین شود کم توانی خاصی وجود دارد که مشارکت در فعالیت های آموزشی و کاری را برای فرد دشوار کند و اگر وجود دارد، چه نوع مساعدتی ممکن است نیاز داشته باشد.

نمونه هایی از نوع مساعدت هایی که می ‌تواند در دسترس قرار گیرد در زیر ذکر شده است:

* فراهم کردن یا اعمال تغییراتی در تجهیزات یا دستگاه ها برای اینکه فرد توان‌یاب بتواند با آنها کار کند؛
* تغییر دادن برنامه کاری یا آموزشی برای اینکه فرد معلول بتواند مشارکت کند؛
* اعمال تغییراتی در امتحان یا دستور العمل های مورد نیاز برای شغل یا برنامه آموزشی برای اینکه فرد معلول بتواند امتحان بدهد یا دستور العمل ها را بفهمد؛
* فراهم کردن خواننده ها و مترجمان زبان اشاره برای اینکه به افراد معلول کمک شود آنچه گفته می ‌شود را بفهمند یا اطلاعات کتبی که باید بخوانند را بفهمند؛ و
* اعمال تغییراتی در ساختمان‌ها یا فضاها برای اینکه افراد معلول بتوانند وارد آنها شوند و از امکاناتی که در دسترس تمامی کارکنان دیگر قرار دارد استفاده کنند (مانند سرویس های بهداشتی، پارکینگ ها، شیب‌ راهه ها، در های برقی و غیره).

اگر احساس می ‌کنم که جزو معلولان هستم و به دلیل این معلولیت، در حین مشارکت در برنامه W-2 به مساعدت نیاز خواهم داشت، در این باره با FEP خود صحبت خواهم کرد.

**محدودیت زمانی W-2**

1. واقف هستم که مشارکت من در موقعیت TEMP, CSJ,یاW-2 T به 24 ماه محدود می شود.
2. من در طول عمرم فقط می ‌توانم مجموعاً به مدت 48 ماه (4 سال) در موقعیت های شغلی W-2 با حقوق قرار داشته باشم. هر ماهی که در یک موقعیت شغلی W-2 با حقوق منصوب باشم محاسبه می ‌شود، حتی اگر به دلیل عدم انجام وظایف اختصاص یافته در "برنامه اشتغال پذیری" من بدون دلیل موجه، پرداختی دریافت نکنم. محدودیت های زمانی در مورد موقعیت های مدیریت موردی W-2، کمک هزینه نگهداری کودک، Medicaid, یا FoodShare. اعمال نمی شود.
3. ممکن است تا زمانی که سن کودک من کمتر از 8 هفته باشد، محدودیت های زمانی محاسبه نشود. اگر کودک من 10 ماه پس از اولین تاریخی که AFDC/W-2 را دریافت کرده ام به دنیا بیاید، محدودیت های زمانی محاسبه خواهد شد، مگر اینکه کودک نتیجه تجاوز جنسی یا زنای محارم باشد و من آن را گزارش داده باشم.
4. واقف هستم کهFEP من حد اقل هر شش ماه یک بار، مدت زمانی را که من هم از محدودیت زمانی 24 ماهه و هم از محدودیت زمانی 48 ماهه استفاده کرده ام **با** من مرور خواهد کرد.
5. واقف هستم که می ‌توانم محدودیت های زمانی 24 ماهه و 48 ماهه را تمدید کنم. برای این منظور، باید واجد برخی شرایط معین باشم. وقتی به پایان محدودیت زمانی نزدیک می ‌شوم، سازمان W-2 باید این شرایط را با من مرور کند و تعیین کند واجد این شرایط هستم یا خیر. در هر زمانی، می ‌توانم مدت زمان باقی مانده ام را از FEP خود بپرسم و جویا شوم که در صورت نزدیک بودن پایان محدودیت زمانی من، آیا امکان تمدید آن را خواهم داشت یا خیر.

|  |
| --- |
|  **واقف هستم و موافقت** می **‌کنم که:*** اگر این "موافقتنامه مشارکت" را امضا نکنم، واجد شرایط موقعیت شغلی W-2 نخواهم بود.
* می ‌توانم انتخاب کنم که موقعیت شغلی W-2 با حقوق را نپذیرم و محدودیت ماه های واجدیت شرایط W-2 خود را برای نیاز آینده ذخیره کنم.
* تمامی مفاد این "موافقتنامه مشارکت" را رعایت کنم. اگر با سازمان W-2 همکاری نکنم، ممکن است در آینده قادر به مشارکت نباشم.
 |
| **امضا** – متقاضی/شرکت کننده (یا شناسه تعامل امضای تلفنی)      | تاریخ امضا      |
| **امضا** – عضو بزرگسال دیگر گروه      | تاریخ امضا      |
| For Office Use Only**I have explained the conditions and requirements of participation in a W-2 employment position and answered the applicant’s questions to the best of my knowledge. I have witnessed the signature(s) on this participation agreement.** |
| **SIGNATURE** – Agency Witness      | Date Signed      |