**Wisconsin Works (W-2)** اتفاقية المشاركة

Wisconsin Works (W-2) Participation Agreement

قد تُستخدم المعلومات الشخصية التي تقدمها لأغراض ثانوية قانون الخصوصية، المادة [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

أدرك أنني مسؤول عن صحتي وصحة أسرتي وأوافق على هذه المسؤولية.Wisconsin Works

(W-2) وقد يساعدني ذلك في إيجاد وظيفة والاحتفاظ بها من أجل الوفاء بمسؤولياتي. وإذا كنت مؤهلًا لبرنامج W-2، فإنني أوافق على ما يلي:

قواعد العمل

1. إنني أتطلع إلى إيجاد وظيفة في حدود إمكانياتي وأهدف إلى الاحتفاظ بها. وإذا تم تعييني في أي منصب وظيفي في برنامج W-2، فإنني سأظل أبحث عن وظيفة وسأقبلها. وقد أكون غير مؤهل لبرنامج W-2 إذا رفضت تولي وظيفة أو تركت وظيفة أو طُردت من وظيفة دون سبب وجيه.
2. سألتقي بمخطِّط شؤون مالية وتوظيفية (FEP) وسأشارك في تقييم. وستظل إجاباتي سرية وستُستخدَم لمساعدتي في برنامج W-2. وأدرك أنه إذا أخبرت الموظف العامل لديّ بتعرض أي أطفال لسوء المعاملة، فإنه يجب على الموظف إبلاغ خدمات حماية الطفل بالمعلومات.
3. أدرك أنه إذا كانت لديّ وظيفة أو إذا كنت مستعدًا للحصول على وظيفة، فإنه قد يتم تعييني في منصب إدارة حالات (CMUأوCMJ) وقد أتلقى مساعدة لإيجاد وظيفة أو الاحتفاظ بوظيفة أو إيجاد وظيفة ذات راتب أفضل، لكنني لن أحصل على أموال نقدية. وإذا لم أكن مستعدًا للحصول على وظيفة، فقد يضعني مخطِّط الشؤون المالية والتوظيفية (FEP) في أحد مناصب برنامجW-2 التالية المدفوعة الأجر وفقًا للتاريخ التوظيفي واستعدادي للوظيفة:
4. **برنامج التطابق الوظيفي التجريبي (TEMP):** وظيفة لدى صاحب عمل قد يعيِّنني بشكل دائم. وإذا تم تعييني، سيدفع لي صاحب العمل الحد الأدنى للأجر على الأقل عن ساعات العمل التي أعمل فيها.
5. وظيفة خدمة المجتمع (**CSJ**): **مهمة عمل وتدريب تساعد المجتمع وتساعدني في الاستعداد لوظيفة ما. وسأحصل على مبلغ شهري مقابل ما يصل إلى** 40 **ساعة أسبوعيًا من المشاركة في أنشطة برنامج** W-2**.** وفي معظم الحالات، يقتصر التعليم والتدريب على 10 ساعات أسبوعيًا.
6. **W-2** الانتقال **(W-2T): إذا لم أتمكن من المشاركة في وظيفة خدمة مجتمع (**CSJ**)، قد يتم تعييني في** W-2T**. وسأحصل على مبلغ شهري مقابل ما يصل إلى 40 ساعة في الأسبوع من المشاركة في أنشطة برنامج** W-2**.** وفي معظم الحالات، يقتصر التعليم والتدريب على 10 12 ساعات أسبوعيًا.
7. أدرك أنه يجب عليّ المشاركة في جميع الأنشطة المحددة في خطة توظيفي (EP).

* يجب أن أخبر مخطِّط شؤوني المالية والتوظيفية (FEP) على الفور إذا كنت لا أستطيع القيام بالأنشطة المحددة في خطة توظيفي (EP) لأنني لا أحصل على رعاية أطفال، أو لا أستطيع العمل لسبب طبي، أو لا بد لي من الذهاب إلى المحكمة، أو لأي سبب آخر. وإذا كنت أعاني من حالة مَرضية تؤثر على قدرتي على العمل، فقد يُطلب مني المشاركة في فحص طبي أو أي نوع آخر من التقييم لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات أو تجهيزات خاصة. وإذا رفضتُ التعاون مع هذا الاختبار/التقييم، فقد يتم تكليفي بالأنشطة دون مراعاة حالتي المَرضية.
* إكمال نماذج الحضور لجميع الساعات التي أحضر فيها أنشطة برنامج W-2.
* إذا عجزت عن القيام بأي من الأنشطة المحددة في خطة توظيفي (EP) دون سبب وجيه، فقد يحدث أي مما يلي:
  + إذا كنت أعمل في وظيفة **خدمة مجتمع (**CSJ**)** أو وظيفة W-2T، فسينخفض أجري بقيمة 5.00 دولارات عن كل ساعة أعجز فيها عن القيام بما تم تكليفي به في خطة توظيفي (EP) دون سبب وجيه.
  + قد يتم رفض أهليتي لبرنامج W-2 في المستقبل لمدة تصل إلى 180 يومًا من تاريخ تقديم الطلب الأخير.

1. أدرك أنّ مهام العمل في برنامج:
2. ستلبي جميع قوانين وقواعد العمل الفيدرالية والولائية المطبقة؛
3. ستلبي جميع معايير الصحة والسلامة الفيدرالية والولائية والمحلية وتكون خالية من التمييز؛
4. لن تتطلب مني التخلي عن أي حقوق عمالية أو نقابية؛ و
5. لن تستبدل العامل المُضرِب أو المتورط في خلاف عمالي آخر.

1. أدرك أنه يتعين عليّ أو على أفراد أسرتي الآخرين المكلفين بأنشطة اتباع قواعد برنامج W-2 لإيجاد وظيفة أو الاحتفاظ بوظيفة. وإذا لم أتبع أنا أو أفراد أسرتي الآخرين المكلفين بأنشطة قواعد برنامج W-2، فقد يتم حرماني من أهليتي لبرنامج W-2 لمدة 90 يومًا لرفض المشاركة. وأدرك أنّ رفض المشاركة يعني أنني أو أنّ فرد أسرتي الآخر المكلف بأنشطة:

* تم فصله من العمل لسوء السلوك أو التورط في سوء السلوك في وكالة برنامج W-2 أو في مكان يوفر عملًا أو خبرة عملية أو تدريبًا أو خدمات برنامج.
* لم يحضر أو تأخر أكثر 15 من دقائق عن مقابلة مع صاحب عمل محتمل أو معرض وظائف أو لقاء مع صاحب عمل محتمل.
* ترك مقابلة أو لقاء مع صاحب عمل محتمل قبل أن ينتهي.
* حضر مقابلة أو لقاء مع صاحب عمل محتمل مرتديًا ملابس غير لائقة أو بدا غير مقبول بعد تلقي التوجيهات أو التدريب.
* فشل في إكمال طلب الوظيفة المطلوب من قبل صاحب عمل محتمل.
* أبلغ صاحب عمل محتمل بمتطلبات عمل غير معقولة أدت إلى عدم الأهلية للتوظيف.
* قدم معلومات غير صحيحة أو غير كاملة عن المؤهلات في مقابلة أو طلب وظيفة مما أدى إلى عدم الأهلية للوظيفة بعد تلقي التوجيهات أو التدريب.
* ترك العمل المناسب أو رفض عرضًا حقيقيًا للتوظيف المناسب.
* فشل في المشاركة في الأنشطة المكلف بها، مما أدى إلى تخفيض بنسبة 20% أو أكثر في مزايا W-2 لمدة شهرين متتاليين أو لمدة ثلاثة أشهر متفرقة خلال ستة أشهر.
* رفض أو فشل في اتباع توجيهات شفهية أو كتابية من موظفي وكالة W-2 أو موظفين في مكان يوفر عملًا أو خبرة عملية أو تدريبًا أو خدمات برنامج W-2.
* استخدم لغة بذيئة أو نابية أو شارك في سلوك مسيء موجَّه إلى الموظفين أو أشخاص آخرين في وكالة W-2 أو في مكان يوفر عملًا أو خبرة عملية أو تدريبًا أو خدمات برنامج W-2.
* انتهك قواعد العمل المكتوبة التي وضعتها وكالة W-2 أو مكان يوفر عملًا أو خبرة عملية أو تدريبًا أو خدمات برنامج.

المسؤوليات

1. سأساعد في تسمية و/ أو تحديد موقع الوالد الآخر (الوالدين الآخرين) لطفلي (أطفالي) على نحو قانوني. وإذا عجزتُ عن التعاون مع وكالة دعم الطفل المحلية ثلاث مرات، فلن أكون مؤهلًا لبرنامج W-2 أو لرعاية الأطفال حتى أتعاون أو لمدة ستة (6) أشهر، أيهما أطول.
2. سأقدم دليلًا على المعلومات المطلوبة في غضون سبعة (7) أيام عمل من وقت طلبها مني. وسأبلغ عن التغييرات التي تحدث في الدخل والأصول وهيكل الأسرة في غضون 10 أيام. وسأبلغ عن خروج طفلي (أطفالي) من منزلي في غضون خمسة (5) أيام. وإذا قدمتُ معلومات كاذبة عن قصد، قد أتعرض للمقاضاة.
3. أدرك أنه يجب عليّ أن أخبر العامل التابع لي بما إذا كنتُ قد أُدنتُ بارتكاب جناية مخدرات بسبب جريمة حدثت خلال السنوات الخمس الماضية. وإذا رفضت تقديم هذه المعلومات، فقد أُحرَم من خدمات برنامج W-2. وإذا كنت قد أُدنتُ بارتكاب جناية مخدرات وكنت أتقلد منصب CSJ أو W-2T، يجب أن أخضع لاختبار للكشف عن تعاطي المخدرات. وإذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، فسيتم تقليل المزايا التي أحصل عليها. وإذا رفضتُ الخضوع لهذا الاختبار، فقد أصبح غير مؤهل للحصول على خدمات برنامج W-2.
4. أدرك أنه يجب عليّ أن أحصل على رعاية مناسبة لطفلي خلال الساعات التي أشارك فيها

.W-2 ويمكنني الاتصال بوكالة "موارد وإحالات رعاية الأطفال" المحلية لمساعدتي في الحصول على رعاية أطفال. وإذا لم أتمكن من الحصول على رعاية أطفال مناسبة، فسأخبر مخطِّط شؤوني المالية والتوظيفية .FEP

1. أدرك أنّ مدفوعات CSJ وW-2T لن تزيد إذا أصبح لدي المزيد من الأطفال.
2. سأتأكد من أنّ أطفالي يذهبون إلى المدرسة. وإذا لم يذهبوا إلى المدرسة، فقد يتم تخفيض الأموال التي أحصل عليها.
3. سأبلغ عن أي تغيير في الدخل المكتسب بجهد أو بدون جهد أو الأصول في غضون عشرة (10) أيام تقويمية. وأدرك أنه إذا لم أبلغ عن التغيير، فقد أصبح مديونًا بأموال إلى برنامج W-2 قبل أحصل على مستحقاتي المالية منه.
4. إذا تلقيتُ أموالًا من W-2 عن طريق الخطأ، يجب أن أعيدها.
5. أعلم أنه يجب عليّ عدم إعطاء معلومات خاطئة لوكالة W-2 عني أو عن أفراد أسرتي.

1. أعلم أنه قد يتم حرماني من برنامج W-2 أو من مدفوعات برنامج W-2 إذا تبين أنني قد قدمت، أو أنّ أحد أفراد أسري قد قدم بمعرفتي، معلومات خاطئة عن قصد حتى أتمكن من الحصول على خدمات W-2 أو أظل مؤهلًا لها. وقد يتم حرماني من الأهلية لبرنامج W-2 لمدة 6 أشهر للمرة الأولى، و 12 شهرًا للمرة الثانية وبشكل دائم للمرة الثالثة. وقد تتم مقاضاتي أيضًا بتهمة الاحتيال إذا قدمت معلومات كاذبة عن قصد للحصول على أموال أو خدمات.

توافر المساعدة للإعاقة

أدركُ أنه إذا كنتُ أعاني من إعاقة، فإنني قد أكون مؤهلًا لتلقي المساعدة المعروفة باسم وسائل الراحة المعقولة من وكالة W-2 لمساعدتي على المشاركة في الأعمال وأنشطة التدريب المكلف بها.

ما هي الإعاقة؟ **إنّ تعريف الإعاقة بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة** (ADA) **محدد للغاية وقد يكون مختلفًا عن التعريف المستخدم في البرامج والخدمات الأخرى. وبموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة** (ADA)**، يكون الشخص محميًا من التمييز على أساس إعاقته إذا كان يعاني من حالة مَرضية تؤثر على قدرته على القيام بأنشطة بدنية (مثل: المشي، الرؤية، التنفس، السمع، غير ذلك) أو كان يعاني من حالة عقلية (مثل: إعاقة التعلم، الاكتئاب، الإدمان، القلق، الرهاب، غير ذلك). ولا تعتبر جميع القيود إعاقة بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة** (ADA)**. وقد يُطلب من الأشخاص تقديم وثائق أو إثباتات من أخصائي طبي فيما يتعلق بالإعاقة ومدى شدتها.**

ما هي المساعدة المتاحة؟ **قد تتوافر وسائل راحة تسمح للشخص ذي الإعاقة بالمشاركة في أنشطة العمل أو التدريب. وقد يحتاج كل شخص إلى نوع مختلف من المساعدة حسب إعاقته. وستتم مراجعة طلب المساعدة على أساس كل حالة على حدة لتحديد ما إذا كانت هناك إعاقة تجعل من الصعب على الشخص المشاركة في أنشطة التدريب والعمل أم لا، وإذا كان الأمر كذلك، فما نوع المساعدة التي قد يحتاجها.**

وفيما يلي أمثلة على أنواع المساعدة التي قد تكون متاحة:

* إجراء تغييرات على المعدات أو الأجهزة ليتمكن الشخص ذو الإعاقة من تشغيلها؛
* تغيير جدول العمل أو التدريب ليظل بإمكان الشخص ذي الإعاقة المشاركة؛
* إجراء تغييرات في الاختبار أو التعليمات اللازمة لوظيفة أو برنامج تدريبي ليتمكن الشخص ذو الإعاقة من إجراء الاختبار أو فهم التعليمات؛
* توفير قُرّاء ومترجمي لغة إشارة لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة على فهم ما يُقال أو فهم المعلومات المكتوبة التي يُطلب منهم قراءتها؛ و
* إجراء تغييرات على المباني أو المساحات ليتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الدخول إليها واستخدام المرافق المتاحة لجميع الموظفين الآخرين (مثل: الحمامات وأماكن وقوف السيارات والأرصفة المنحدرة والأبواب الكهربائية وما إلى ذلك).

إذا شعرت بأنني شخص من ذوي الإعاقة وسأحتاج إلى مساعدة بسبب إعاقتي أثناء المشاركة في برنامج W-2، فسأتحدث مع مخطِّط شؤوني المالية والتوظيفية (FEP) حول هذا الأمر.

**W-2** الحد الزمني

1. أعلم أن مشاركتي في منصب TEMP أو CSJ أو W-2 T محددة بمدة 24 شهرًا.
2. لا يمكنني على مدار حياتي العمل في وظائف مدفوعة الأجر إلا لمدة 48 شهرًا (4 سنوات). ويتم احتساب كل شهر أعمل فيه في وظيفة مدفوعة الأجر، حتى لو لم أحصل على أجر بسبب عدم قيامي بما تم تحديده في خطة توظيفي دون سبب وجيه. ولا تنطبق الحدود الزمنية على وظائف إدارة الحالات في W-2 أو مساعدة رعاية الطفل أو
3. قد لا تُحتَسَب الحدود الزمنية إذا كان عمر طفلي أقل من 8 أسابيع. وإذا وُلد طفلي بعد أكثر من 10 أشهر من حصولي على TANF/AFDC/W-2 لأول مرة، فسيتم احتساب الحدود الزمنية، إلا إذا كان الطفل ناتجًا عن اعتداء جنسي أو نكاح محارم وقد أبلغتُ عن ذلك.
4. أعلم أن مخطِّط شؤوني المالية والتوظيفية (FEP) سيراجع **معي** كل ستة أشهر على الأقل مقدار الوقت الذي استخدمتُه في كلٍ من الحد الزمني البالغ 24 شهرًا والحد الزمني البالغ 48 شهرًا.
5. أدرك أنه يمكنني الحصول على تمديد للحد الزمني البالغ 24 شهرًا والحد الزمني البالغ 48 شهرًا. وقد يحدث ذلك إذا استوفيتُ شروطًا معينة. ويجب أن تراجع وكالة W-2 معي هذه الشروط وتقرر ما إذا كنت أستوفيها أم لا عندما أقتربُ من الحد الزمني المخصص لي. ويمكنني أن أسأل مخطِّط شؤوني المالية والتوظيفية (FEP) في أي وقت عن مقدار الوقت المتبقي لديّ وما إذا كان بإمكاني الحصول على تمديد إذا كنت على وشك إنهاء الحد الزمني المخصص لي.

|  |  |
| --- | --- |
| أعلم ما يلي وأوافق عليه:   * لن أكون مؤهلاً للحصول على منصب في W-2 إذا لم أوقِّع على اتفاقية المشاركة هذه. * يمكنني عدم قبول وظيفة مدفوعة الأجر في W-2 وادخار الأشهر المحدودة من أهليتي لبرنامج W-2 للمستقبل. * الالتزام بكافة أحكام اتفاقية المشاركة هذه. وقد لا أتمكن من المشاركة في المستقبل إذا لم أتعاون مع وكالة. | |
| **التوقيع** – مقدم الطلب/المشارك (أو مُعرِّف تفاعل التوقيع الهاتفي) | تاريخ التوقيع |
| **التوقيع** – عضو آخر كبير في مجموعة W-2 | تاريخ التوقيع |

|  |  |
| --- | --- |
| 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.** | |
| Date Signed | **SIGNATURE** – Agency Witness |