

استمارة تصديق الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع

التاريخ: _____ وكالة مقدم الدعم الأسري: _____
اسم متلقي دعم الأسرة: _____
عنوان متلقي دعم الأسرة: _____
رقم هاتف متلقي دعم الأسرة: _____

أقر أنا، _____ (اسم متلقي دعم الأسرة)، بأنني بدأت (أو سأبدأ) في تلقي خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع (ECF) في يوم _____ من شهر _____، 20____. أفهم وأقر بأنه سيتم سداد أموال دعم الأسرة فقط مقابل الخدمات المعتمدة التي تم تقديمها في موعد لا يتجاوز اليوم الأخير قبل تلقي خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع ما لم تكن الخدمة المعتمدة لنفقة مرة واحدة. إذا تمت الموافقة على نفقة مرة واحدة، فأنا أقر أن الخدمة بدأت قبل تلقي أي خدمة من خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع وأنه سيتم إكمالها في أسرع وقت ممكن وفقاً لشروط المطالبة المعتمدة الخاصة بي وخطة الخدمة. علاوة على ذلك، سيتم تقديم إيصال (إيصالات) أي خدمة معتمدة إلى وكالة مقدم دعم الأسرة الخاصة بي في غضون ثلاثين (30) يوماً من اكتمال الخدمة.

أدرك أن أي أموال لدعم الأسرة يتم إنفاقها دون موافقة مسبقة بعد بدء خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع لن يتم سدادها من قبل دعم الأسرة. علاوة على ذلك، إذا تم دفع الأموال من قبل دعم الأسرة مقابل خدمات غير معتمدة بعد بدء خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع، فأنا أقر بأن هذه الأموال ستخضع للاسترجاع مما يعني أنني سأكون مسؤولاً عن سداد هذه الأموال وقد أخضع لأية تكاليف إضافية مرتبطة باسترجاع تلك الأموال.

توقيع متلقي الدعم الأسري

في حالة إذا تم إكمال النموذج بواسطة شخص آخر غير متلقي دعم الأسرة:

أقر أنا، _____ بموجب هذا بأن المعلومات المقدمة في هذا الاستمارة صحيحة ودقيقة على حد علمي. علاوة على ذلك، حصلت على إذن من المتلقي أو لدي السلطة القانونية لاستكمال وتقديم هذا الاستمارة نيابة عنه / عنها.

العلاقة بمتلقي خطة دعم الأسرة التوقيع رقم الهاتف

ملاحظة: أعد هذا الاستمارة الموقع إلى وكالة مقدم الدعم الأسري الخاصة بك. وإرفاق نسخة من الرسالة المستلمة من منظمة الرعاية الإدارة التي تشير إلى وقت بدء خدمات الخيارات الأنسب للتوظيف والمجتمع.