

# IMPORTANT NOTICE FOR CalWORKs RECIPIENTS

Were you in a job while you were required to participate in the CalWORKs Welfare-to-Work Program or while you were an exempt volunteer? A job includes work such as work study and OJT.

Did the county refuse to pay the transportation costs necessary for you to get to and from your job?

If you answered yes to either of the questions above, you may be able to get money for the transportation costs you were not paid for.

To have the County Welfare Department review your case, you must fill out a Transportation Review Request Form. The form is printed on the other side of this Notice. Complete the form and return it to the worker or welfare to work office that gave you your work assignment no later than November 30, 2001.

# AVISO IMPORTANTE PARA LOS BENEFICIARIOS DE CalWORKs

¿Estuvo usted en un empleo mientras se le requería que participara en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WtW*) del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) o mientras era un voluntario exento? Un empleo incluye al trabajo tal como empleo para estudiantes (*work study*) y entrenamiento en el empleo (OJT).

¿El Condado se rehusó a pagar los gastos de transporte necesarios para que usted fuera y viniera a su trabajo?

Si su respuesta es “Sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, es posible que usted pueda recibir dinero por los gastos de transporte que no le pagaron.

Para que el departamento de bienestar público del Condado revise su caso, tiene que completar un “Formulario de petición para una revisión del transporte para recibir un pago retroactivo de CalWORKs”. El formulario está impreso al reverso de este aviso. Complete el formulario y devuélvalo a su trabajador o a la oficina de bienestar público que le dió la asignación de trabajo a más tardar el 30 de noviembre de 2001.

**នេះគឺជាសេចក្តីប្រកាសដ៏សំខាន់មួយ ។ បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីអានសេចក្តីប្រកាសនេះ សូមទាក់ទងទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។**

**這是一份重要通知。如果你需要協助閱讀並了解這份通知，請跟你的工作人員聯絡。**

**ЭТО ВАЖНОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ. ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ ПРОЧИТАТЬ ИЛИ ПОНЯТЬ ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ РАБОТНИКУ.**

**ĐÂY LÀ MỘT THÔNG BÁO QUAN TRỌNG. NẾU QUÝ VỊ CẦN SỰ GIÚP ĐỠ TRONG VIỆC ĐỌC VÀ HIỂU THÔNG BÁO NÀY, XIN LIÊN LẠC VỚI NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ.**

## CaIWORKs RETROACTIVE PAYMENT FOR TRANSPORTATION REVIEW REQUEST FORM

**INSTRUCTIONS:** *If you believe that any of the situations listed on this form apply to you, please fill out and sign this form and return it to the worker that gave you your work assignment no later than November 30, 2001. If this form is not submitted to the County Welfare Department by November 30, 2001, any claim for benefits will be denied. Please print or type answers to the following:*

NAME		DATE OF BIRTH
ADDRESS		
SOCIAL SECURITY NUMBER	CASE NUMBER	TELEPHONE NUMBER

	<b>YES</b>	<b>NO</b>
1. At any time on or after January 1, 1998, did the county tell you that you could not get money for your transportation costs? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Did you have any other problem with the county about your transportation costs? If so, what was it? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please answer the following questions about each of your jobs that the county did not pay transportation costs for.

NAME OF PLACE YOU WORKED:	ADDRESS OF PLACE YOU WORKED:	HOW YOU GOT TO WORK: <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> PUBLIC TRANSPORTATION <input type="checkbox"/> OTHER _____
WORKED FROM: / /	WORKED TO: / /	USUAL HOURS WORKED:
		COUNTY YOU LIVED IN WHILE WORKING THERE:

**AN EXTRA PAGE IS ATTACHED WITH MORE PLACES WORKED**

SIGNATURE OF PERSON MAKING CLAIM:	DATE SIGNED
-----------------------------------	-------------

## FORMULARIO DE PETICION PARA UNA REVISION DEL TRANSPORTE PARA RECIBIR UN PAGO RETROACTIVO DE CaIWORKs

**INSTRUCCIONES:** *Si piensa que alguna de las situaciones anotadas en este formulario aplica a usted, por favor complete y firme este formulario y devuélvalo al trabajador que le dió su asignación de trabajo a más tardar el 30 de noviembre de 2001. Si no se presenta este formulario al departamento de bienestar público del Condado a más tardar el 30 de noviembre de 2001, se negará cualquier petición para beneficios. Por favor complete la siguiente información. Llene a máquina o use letra de molde.*

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DEL CASO	NUMERO DE TELEFONO

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿El 1° de enero de 1998, o en cualquier momento después de esa fecha, el Condado le dijo que no podía recibir dinero para sus gastos de transporte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tuvo algún otro problema con el Condado en relación a sus gastos de transporte? Si la respuesta es "SI", ¿qué fue? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor conteste las siguientes preguntas en relación a cada uno de los trabajos para los cuáles el Condado no le pagó los gastos de transporte.

NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJE:	DIRECCION DEL LUGAR DONDE TRABAJE:	¿MEDIO QUE UTILICE PARA IR AL TRABAJO? <input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PUBLICO <input type="checkbox"/> OTRO _____
TRABAJE DESDE: / /	TRABAJE HASTA: / /	HORAS NORMALES DE TRABAJO
		CONDADO EN EL QUE VIVIA MIENTRAS ESTABA TRABAJANDO EN ESTE LUGAR:

**SE ADJUNTA UNA HOJA EXTRA CON MAS LUGARES DONDE TRABAJE**

FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL RECLAMO:	FECHA EN QUE SE FIRMO:
--	------------------------