

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-123

DATE

04-14-2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE **WTW 3 (2/04) English and Spanish
Welfare to Work Plan Activity Assignment Change**

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 2/04	REPLACES 12/02	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788**

 Other:**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 2/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one sided.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

**WELFARE TO WORK PLAN
ACTIVITY ASSIGNMENT
CHANGE**

PARTICIPANT NAME:	
CASE NAME:	
CASE NUMBER:	IDENTIFICATION NUMBER:
WELFARE TO WORK WORKER NAME:	

The WELFARE TO WORK PLAN - ACTIVITY ASSIGNMENT that I signed on _____ (date) has been changed as follows:

I have reviewed these changes and agree with them. I understand that everything else in my Welfare to Work Plan-Activity Assignment that I signed on _____ (date) still applies.

I have reviewed my need for Welfare to Work supportive services (child care, transportation, and work and training related expenses) with my Welfare to Work worker. I understand that I do not have to participate until specific arrangements for the supportive services I need have been made. I understand that I must tell my Welfare to Work worker right away of changes in my need for Welfare to Work supportive services, or if I no longer need them. If I do not report the changes in advance, Welfare To Work may not be able to pay for them.

CERTIFICATION

I understand that my Welfare to Work Plan includes this Activity Assignment Change, the Welfare to Work Plan - Rights and Responsibilities, the Welfare to Work Plan - Activity Assignment, and the Welfare to Work Handbook. I understand that the Welfare to Work activities and services, and my rights and responsibilities as a Welfare to Work participant, are explained to me on these forms. I understand that I can ask my Welfare to Work worker if I have any questions.

I understand that I have three working days to think about the terms of this Activity Assignment Change. I understand that if I want to change the terms of this Activity Assignment Change I must tell my Welfare to Work worker by _____ (date). If I don't tell my Welfare to Work worker by then, this Activity Assignment change is final. If Welfare to Work agrees to change this Activity Assignment Change, and I sign a new one, I understand that the new Activity Assignment Change is final.

I have read (or had read to me) and understand this Activity Assignment Change, and have received a copy. If I fail to meet my responsibilities without good reason, I know that there are certain penalties that may lower my cash aid.

I understand that if I do not agree with any county action regarding my Welfare to Work participation, I can file a formal grievance with the county or I can call 1-800-952-5253 to ask for a State hearing.

I understand that I can get free legal help with Welfare to Work problems from the local legal or welfare rights office by calling () _____ (phone number).

I understand that I can request an alternative service provider if I object to the religious character of the provider to which I have been assigned.

I understand that participation in any religious activity offered by a service provider is voluntary.

PARTICIPANT'S SIGNATURE:	DATE:
WELFARE TO WORK WORKER'S SIGNATURE	PHONE:
	DATE:

PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW) - CAMBIO EN LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	
NOMBRE DEL CASO:	
NUMERO DEL CASO:	NUMERO DE IDENTIFICACION:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW:	

El "PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW) - ASIGNACION DE ACTIVIDADES" (de aquí en adelante llamado "Asignación de actividades") que yo firmé en _____ (fecha) se ha cambiado de la siguiente manera:

He revisado estos cambios y estoy de acuerdo con ellos. Entiendo que todavía es pertinente todo lo demás que contiene mi "Asignación de actividades" que firmé en _____ (fecha).

He revisado con mi trabajador de WTW mis necesidades en cuanto a los servicios de apoyo de WTW (cuidado de niños, transporte, y gastos relacionados al trabajo y entrenamiento). Entiendo que no tengo que participar hasta que se hayan hecho los arreglos específicos para los servicios de apoyo que necesito. Entiendo que tengo que avisarle inmediatamente a mi trabajador de WTW si hay algún cambio en mis necesidades con respecto a los servicios de apoyo de WTW o si ya no los necesito. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagar estos servicios.

CERTIFICACION

Entiendo que mi plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo incluye este "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) - Cambio en la asignación de actividades" (de aquí en adelante llamado "Cambio en la asignación de actividades"), el "Plan de WTW - Derechos y responsabilidades", la "Asignación de actividades", y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW)". Entiendo que en estos documentos, se me explican las actividades y los servicios de WTW, así como mis derechos y responsabilidades como participante de WTW. Entiendo que puedo comunicarme con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.

Entiendo que tengo tres días hábiles para considerar las condiciones de este "Cambio en la asignación de actividades". Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este "Cambio en la asignación de actividades", tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar para _____ (fecha). Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, este "Cambio en la asignación de actividades" se considerará final. Si WTW está de acuerdo en modificar este "Cambio en la asignación de actividades", y si firmo uno nuevo, entiendo que el nuevo "Cambio en la asignación de actividades" se considerará final.

He leído (o se me ha leído) este "Cambio en la asignación de actividades", lo entiendo, y he recibido una copia de él. Si no cumplo con mis responsabilidades sin un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que posiblemente causen una reducción en mi asistencia monetaria.

Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción del condado en cuanto a mi participación en WTW, puedo presentar una queja formal con el condado o puedo llamar al 1-800-952-5253 para solicitar una audiencia con el Estado.

Entiendo que si tengo problemas con WTW, puedo recibir asistencia legal gratuita de la oficina legal local o de la oficina local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública llamando al número de teléfono () _____.

Entiendo que puedo pedir un proveedor de servicios alternativo si me opongo al carácter religioso del proveedor al cual yo haya sido asignado.

Entiendo que es voluntaria la participación en cualquier actividad religiosa que ofrezca un proveedor de servicios.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:	FECHA:
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW:	NUMERO DE TELEFONO:
	FECHA: