

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-167**

DATE

06-16-2004

**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 CW 2186B (4/04) English and Spanish  
CalWORKs and Welfare to Work Time Limit Exemption Determination

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<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 4/04	REPLACES 12/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> 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 4/04

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, 2 sided, NA BACK 9.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# CalWORKs and WELFARE TO WORK TIME LIMIT EXEMPTION DETERMINATION

COUNTY	
CASE NAME	
CASE NO.	OTHER ID NO.
WORKER NAME	

Questions? Ask your worker.

Date \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ requested an exemption, and the county made the following determination: (DATE) (NAME)

### A. WELFARE TO WORK PARTICIPATION (WTW) EXEMPTIONS

- 1.  The exemption is APPROVED.

He/she will not be required to participate in Welfare to Work. His/her exemption will end on \_\_\_\_\_. If his/her exemption should continue, he/she must provide information to show that it should continue, before the ending date above, or he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

He/she can ask to volunteer to participate in Welfare to Work and will be told what activities and/or services are available.

Reason for exemption from Welfare to Work participation: \_\_\_\_\_

His/her condition may be looked at again to see if he/she continues to be exempt. If he/she is no longer exempt, he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

- 2.  The exemption is DENIED.

He/she is required to participate in Welfare to Work. He/she will get a notice from the county telling him/her when to attend the Welfare to Work activities and/or services.

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

### B. CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXEMPTIONS

- 1.  The exemption is APPROVED.

Each month of aid for the period that his/her condition or circumstance lasts will not count toward the CalWORKs 60-month time limit. His/her exemption will end on \_\_\_\_\_. Unless you give current information by that date, you will be expected to attend and participate in WTW activities. Please provide information by \_\_\_\_\_, if his/her exemption should continue, he/she must provide information to show that it should continue, before the ending date above, or he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

Reason for exemption: \_\_\_\_\_

His/her condition may be looked at again to see if he/she continues to be exempt. If he/she is no longer exempt, each month of aid will count toward the 60-month time limit.

- 2.  The exemption is DENIED.

Each month of aid will continue to count toward the CalWORKs 60-month time limit.

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

**CONTACT YOUR WORKER IF YOU THINK THIS NOTICE IS WRONG. YOU MAY ALSO ASK FOR A STATE HEARING. "YOUR HEARING RIGHTS" FORM ON THE BACK SIDE OF THIS PAGE TELLS YOU HOW TO ASK FOR A STATE HEARING.**

**Rules:** These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 42-302.1, 42- 302.2, 42-302.21, 42-302.3 - .34, 42-710, and 42-712.

## YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got.

To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop:  Cash Aid  Food Stamps  Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

### Welfare to Work:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

### Cal-Learn:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

## OTHER INFORMATION

**Medi-Cal Managed Care Plan Members:** The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

**Child and/or Medical Support:** The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but will keep past due money collected that is owed to the county.

**Family Planning:** Your welfare office will give you information when you ask for it.

**Hearing File:** If you ask for a hearing, the State Hearing Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

## TO ASK FOR A HEARING:

- Fill out this page.
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- Send or take this page to:

OR

- Call toll free: 1-800-952-5253 or for hearing or speech impaired who use TDD, 1-800-952-8349.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

### HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of \_\_\_\_\_ County about my:

Cash Aid  Food Stamps  Medi-Cal

Other (list) \_\_\_\_\_

Here's Why: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If you need more space, check here and add a page.

I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: \_\_\_\_\_

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED

BIRTH DATE

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

SIGNATURE

DATE

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM

PHONE NUMBER

I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

**DETERMINACION SOBRE LAS EXENCIONES AL LIMITE DE TIEMPO PARA CalWORKs\* Y WELFARE TO WORK\*\***

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NO. DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Fecha \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ solicitó una exención, y el Condado hizo la siguiente determinación:

**A. EXENCIONES A LA PARTICIPACION EN WTW**

- 1.  Se APRUEBA la exención.

No se le requerirá que participe en WTW. Su exención se terminará en \_\_\_\_\_. Si su exención debe continuar, él/ella tiene que proporcionar información para demostrar que debe continuar, antes de la fecha de vencimiento mencionada anteriormente; de otra manera, se esperará que participe en WTW.

El/ella puede pedir que se le permita participar en WTW como voluntario(a) y se le dirá qué actividades y/o servicios están disponibles.

Razón de la exención a la participación en WTW: \_\_\_\_\_

Es posible que su condición sea evaluada otra vez para determinar si continúa siendo elegible para la exención. Si ya no es elegible para la exención, se esperará que participe en WTW.

- 2.  Se NIEGA la exención.

Se le requiere que participe en WTW. El/ella recibirá una notificación del Condado informándole cuándo debe asistir a las actividades y/o servicios de WTW.

Razón de la negación: \_\_\_\_\_

**B. EXENCIONES AL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA CalWORKs**

- 1.  Se APRUEBA la exención.

No se contará hacia el límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs ningún mes de asistencia para el período durante el cual dure su condición o circunstancias. Su exención se terminará en \_\_\_\_\_. Si para esa fecha no recibimos información actual que demuestre que su exención debe continuar, se esperará que él/ella asista y participe en actividades de WTW. Para tener suficiente tiempo para tramitar la información, es necesario que la recibamos a más tardar en \_\_\_\_\_.

Razón de la exención: \_\_\_\_\_

Es posible que su condición sea evaluada otra vez para determinar si continúa siendo elegible para la exención. Si ya no es elegible para la exención, cada mes que reciba asistencia contará hacia el límite de tiempo de 60 meses.

- 2.  Se NIEGA la exención.

Cada mes que reciba asistencia seguirá contando hacia el límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs.

Razón de la negación: \_\_\_\_\_

**COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR SI CREE QUE ESTA NOTIFICACION ESTA EQUIVOCADA. TAMBIEN PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EN LA SIGUIENTE PAGINA, LA SECCION TITULADA "SU DERECHO A UNA AUDIENCIA" LE EXPLICA COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.**

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-302.1, 42-302.2, 42-302.21, 42-302.3 - .34, 42-710, y 42-712

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria  Estamp. para comida  Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

## OTRA INFORMACION

**Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal:** Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

**Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud:** La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de audiencia:** Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I.]**)

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja a:

O

- Llame gratuitamente al: **1-800-952-5253**. Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD\* pueden llamar al **1-800-952-8349**.

**Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.**

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

## PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de \_\_\_\_\_ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

La razón es la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.

Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NUMERO DE TELEFONO

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL