

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-208

DATE

07-16-2004

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 **QR 25A (5/04) English and Spanish
Payee Agreement For Minor Parent**

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 checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 5/04	REPLACES	<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 5/04

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.

PAYEE AGREEMENT FOR MINOR PARENT

COUNTY USE ONLY	
CASE NAME:	
CASE NUMBER:	
WORKER NAME:	

If you do not return this form by _____ you will not get cash aid.

SECTION A: PREGNANT OR PARENTING MINOR AGREEMENT

I understand that any cash aid I am eligible to get for myself or dependent child(ren) will be paid to my parent, legal guardian, or other adult relative, with whom I live. I give permission to give this agreement to the person named below.

NAME OF PROPOSED PAYEE	RELATIONSHIP	
NAME OF MINOR	SIGNATURE OF MINOR	DATE

SECTION B: PAYEE RESPONSIBILITIES

The above-named minor has applied for California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) for him/herself and/or his/her dependent child(ren). The minor has named you to serve as payee and receive cash aid payments. Payee responsibilities are listed below:

- I understand the payments I get for the person(s) in this case are to be used for their support. If I willfully and knowingly receive or use any part of the payment for any reason other than to support them, state law says I may be prosecuted for committing a misdemeanor.
- I understand that I am responsible to make sure the minor is given all information sent to me by the county for the minor such as quarterly report forms, notices of action and informing notices. It is the minor's responsibility to complete any necessary forms by the due date.
- I understand that if the minor moves out of my home, I should notify the county within 5 days and any payments received after the minor moves out should be returned to the county.
- I understand that if I do not agree to become the payee it does not affect the eligibility of the minor and/or his/her dependent child(ren).

SECTION C: PAYEE CERTIFICATION

Please check (✓) one of the boxes below:

- I understand the above facts and agree to act as the payee for the minor listed above.
- I refuse to act as the payee for the minor listed above.

PROPOSED PAYEE	PHONE NUMBER	DATE
----------------	--------------	------

ACUERDO SOBRE QUIEN VA A RECIBIR EL PAGO PARA UN PADRE/MADRE MENOR DE EDAD

SOLO PARA USO DEL CONDADO
CASE NAME:
CASE NUMBER:
WORKER NAME:

Si no devuelve este formulario a más tardar el _____,
no recibirá asistencia monetaria.

SECCION A: ACUERDO PARA UNA MENOR EMBARAZADA O UN PADRE/MADRE MENOR DE EDAD

Entiendo que cualquier asistencia monetaria a la cual soy elegible ya sea para mí o para mi niño (o niños) dependiente se le pagará a mi padre/madre, tutor legal, u otro pariente adulto, con quien yo viva. Doy mi permiso para que se le dé este acuerdo a la persona cuyo nombre aparece a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE PROPONE QUE RECIBA EL PAGO		PARENTESCO/RELACION
NOMBRE DEL MENOR	FIRMA DEL MENOR	FECHA

SECCION B: RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA QUE RECIBE EL PAGO

El menor cuyo nombre aparece anteriormente ha presentado su solicitud para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) para él/ella y/o su niño (o niños) dependiente.

- Entiendo que el pago que reciba para la persona (o personas) en este caso se debe usar para su mantenimiento. Si a propósito y con pleno conocimiento recibo o uso alguna parte de este pago para otra cosa que no sea su mantenimiento, la ley estatal dice que es posible que se haga un enjuiciamiento en mi contra por cometer un delito menor (*misdemeanor*).
- Entiendo que soy responsable de asegurar que el menor reciba toda la información que el condado me envíe para dicho menor, tal como los formularios para reportes trimestrales, notificaciones de acción, y notificaciones con información. El menor tiene la responsabilidad de completar y entregar en la fecha que se cumpla cualquier formulario que sea necesario.
- Entiendo que si el menor se muda de mi hogar, debo notificar al condado antes que pasen 5 días y cualquier pago que se reciba después que el menor se mude se debe devolver al condado.
- Entiendo que si yo no estoy de acuerdo en ser la persona que reciba el pago, esto no afecta la elegibilidad del menor y/o su niño (o niños) dependiente.

SECCION C: CERTIFICACION DE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR EL PAGO

Por favor marque (✓) una de las siguientes casillas:

- Entiendo la información anterior y estoy de acuerdo en ser la persona que reciba el pago para el menor cuyo nombre aparece anteriormente.
- Me rehusó a ser la persona que reciba el pago para el menor mencionado anteriormente.

PERSONA QUE SE PROPONE QUE RECIBA EL PAGO	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
---	--------------------	-------