

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-245

DATE

08-26-2004

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 2187 (6/04) English and Spanish
Your CalWORKs 60-Month Time Limit

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 6/04	REPLACES 4/02	<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: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<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 _____

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.

YOUR CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT

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

Questions? Ask your worker.

Date: _____

THIS FORM GIVES YOU INFORMATION ABOUT YOUR CalWORKs 60-MONTH TIME CLOCK.

On _____, you _____ requested information about your time on aid for the CalWORKs 60-month time clock.

On the date of the last notice, _____, the County determined that you used a total of _____ months of your lifetime 60-month time limit of CalWORKs cash aid.

Since the last notice, you received CalWORKs from _____ to _____.

The following months did not count toward your CalWORKs 60-month time limit:

Year _____ - Months _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

Year _____ - Months _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____.

You may be eligible to receive aid for _____ more months.

You will receive a Notice of Action (NOA) telling you the number of months of aid you used and the specific months that did not count toward your CalWORKs 60-month time limit. The county will give you this NOA:

- at application for aid.
- at redetermination of aid.
- between your 54th and 58th month on aid.

SU LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA CalWORKs

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿ Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Fecha: _____

ESTE FORMULARIO LE DA INFORMACION SOBRE EL RELOJ QUE MARCA EL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA CALWORKS.

En _____, usted, _____, pidió información sobre el período de tiempo

(FECHA)

(NOMBRE DEL BENEFICIARIO)

durante el cual ha estado recibiendo asistencia con respecto al reloj que marca el límite de tiempo de 60 meses para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs).

En la fecha de la última notificación, _____, el Condado determinó que usted había usado el total de _____ meses en relación a su límite de tiempo de 60 meses de asistencia monetaria de CalWORKs que solamente puede recibir una vez en su vida.

Después de la última notificación, usted recibió beneficios de CalWORKs de _____ a _____.

Los siguientes meses no contaron en relación a su límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs:

Año _____ - Meses _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ ,

Año _____ - Meses _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ .

Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia por _____ meses más.

Usted recibirá una notificación de acción (NOA) indicándole el número de meses de asistencia que ha usado, así como los meses específicos que no contaron en relación a su límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs. El Condado le dará esta NOA cuando:

- usted solicite asistencia.
- se haga una nueva determinación de asistencia.
- usted haya recibido entre 54 y 58 meses de asistencia.