

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-265 ERRATA

DATE

09-15-2004

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 4 (8/04) English and Spanish
Notice To Other 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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/04	REPLACES 7/99	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" 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 8/04

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.

Form revision date should 8/04.

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.

NOTICE TO OTHER PARENT

COUNTY NAME	
CASE NAME	
CASE NO.	OTHER ID NO.
WELFARE TO WORK WORKER'S NAME	
WELFARE TO WORK WORKER'S PHONE NO.	

(ADDRESSEE)

Notice Date: _____

This is to let you know that there is a problem with _____ 's participation in Welfare to Work.

We have sent him/her a notice about his/her Welfare to Work problem and how he/she can correct it. If he/she does not correct the problem, then his/her part of your family's cash aid may be cut.

If we decide that you must begin to participate or increase your participation, we will send you another letter to inform you about a Welfare to Work orientation/appraisal or meeting that you must attend to discuss what you must do to meet Welfare to Work program requirements. If you do not attend the orientation/appraisal or the meeting as scheduled, your part of your family's cash aid may also be cut, unless you have a good reason for not participating.

Some good reasons for not participating in Welfare to Work are not having transportation or child care, or you are exempt (for example, you are 60 years of age or older or you cannot participate because you are disabled).

Even if your cash aid is also cut, your children will still get their cash aid. However, for you to get cash aid back, you must correct your Welfare to Work participation problem. For the other parent to get their cash aid back, the other parent must correct their own Welfare to Work participation problem.

Please call your Welfare to Work worker if you have any questions about the information in this notice.

NOTIFICACION AL OTRO DE LOS PADRES

NOMBRE DEL CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL PROGRAMA DE WTW	
NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJADOR DE WTW	

(ADDRESSEE)

┌

┐

└

┘

Fecha de la notificación: _____

Esta notificación es para hacerle saber que hay un problema con la participación de _____ en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW).

Le hemos enviado una notificación a él/ella sobre su problema en el WTW y cómo lo puede corregir. Es posible que la parte de la asistencia monetaria para su familia que él/ella recibe se descontinúe si él/ella no corrige el problema.

Si decidimos que usted tiene que empezar a participar o si tiene que aumentar su participación, le enviaremos otra carta por separado, para informarle sobre la orientación/evaluación o junta de WTW a la cual usted tiene que asistir para hablar sobre lo que usted tiene que hacer para cumplir con los requisitos del Programa de WTW. Es posible que la parte de la asistencia monetaria para su familia que usted recibe también se descontinúe si usted no asiste a la orientación/evaluación o junta de manera que sea programada, a menos que tenga un motivo justificado para no participar.

Algunos motivos justificados para no participar en WTW son el no tener transporte o cuidado de niños, o estar exento (por ejemplo, tener 60 años de edad o más o no poder participar debido a su incapacidad/discapacidad).

Aun que se descontinúe la asistencia monetaria de usted, sus hijos todavía continuarán recibiendo su propia asistencia monetaria. Sin embargo, para que usted pueda volver a recibir asistencia monetaria, tiene que corregir el problema relacionado a la participación en WTW. Para que el otro de los padres pueda volver a recibir asistencia monetaria, él/ella tiene que corregir su propio problema relacionado a la participación en WTW.

Por favor llame a su trabajador de WTW si tiene alguna pregunta sobre la información en esta notificación.