

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-313

DATE

12-01-2004

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 2 (9/04) English and Spanish
Welfare To Work Plan - Activity Assignment**

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 9/04	REPLACES 2/04	<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 9/04

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.

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

PARTICIPANT NAME: _____	
CASE NAME: _____	
CASE NUMBER: _____	I.D. NUMBER: _____
WELFARE TO WORK WORKER NAME: _____	

1. **Mandatory Participants** - My assigned activities are: _____

I understand that if I do not participate as required in the activities listed above without the county deciding that I have a good reason, my cash aid will be lowered.

2. **Voluntary Participants** - I understand that I do not have to participate in the following activities at this time, but I agree to participate in and complete them. _____

I understand that if I stop participating in the activities listed above without the county deciding that I have a good reason, my cash aid will not be lowered, but I may not be allowed to participate in Welfare to Work for a period of time.

- I understand that if I do not attend _____ / _____ (activities) as required by Welfare to Work or make satisfactory progress in these activities, Welfare to Work will determine why, and I may have to go to different activities. I understand that I am required to give proof of satisfactory progress in these activities to my Welfare to Work worker by the date(s) listed below.

Activity: _____ Date Proof is Due: _____

Activity: _____ Date Proof is Due: _____

- I understand that this is my first training or education assignment under my initial Welfare to Work plan and that I have up to 30 days to ask for a change in my activities once they start. I understand that I can change my activities this way only one time during my participation in Welfare to Work. If Welfare to Work agrees to the change, I know I will have to sign a new Activity Assignment.

LOCATION AND SCHEDULE

Activity _____

Begins: _____ Expected to end: _____

Location and Schedule: _____

Activity _____

Begins: _____ Expected to end: _____

Location and Schedule: _____

Activity _____

Begins: _____ Expected to end: _____

Location and Schedule: _____

Activity _____

Begins: _____ Expected to end: _____

Location and Schedule: _____

- Welfare to Work will send me the location and schedule for my _____ (activity) by _____ (date).

- I will go to _____ (location) on/by _____ (date) to get my _____ (activity) location and/or schedule.

- I will give my Welfare to Work worker a copy of my _____ (activity) schedule by _____ (date). I will tell my Welfare to Work worker if any changes are made and give my Welfare to Work worker a copy of the changes if required.

Additional Comments: _____

SUPPORTIVE SERVICES

Welfare to Work will pay for supportive services (child care; transportation; and work, education, and training related expenses) if I need them to participate in Welfare to Work and Welfare to Work rules allow for them.

I have reviewed my need for Welfare to Work supportive services with my Welfare to Work worker. I understand that I do not have to participate until the supportive services I need have been arranged. 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. I understand that if Welfare to Work pays for supportive services that are more than what I need to participate in Welfare to Work, I will have to pay Welfare to Work back.

CERTIFICATION

I understand that my Welfare to Work Plan includes this form, the Welfare to Work Plan - Rights and Responsibilities and the Welfare to Work Handbook. I understand that 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 have received a Welfare to Work Handbook. I understand that I can ask my Welfare to Work worker if I have any questions. I understand that I have 30 days from the beginning of my first training or education assignment under my initial Welfare to Work plan to request a change or reassignment to another activity, and that this 30-day grace period is available only once during my time receiving CalWORKs cash assistance. I understand, otherwise, that I have three working days to think about the terms of this Activity Assignment after I sign it. I understand that if I want to change the terms of this Activity Assignment, 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 is final. If Welfare to Work agrees to change this Activity Assignment, and I sign a new one, I understand that the new Activity Assignment is final.

I have read (or had read to me) and understand this Activity Assignment, and have received a copy. If I fail to meet my responsibilities without a 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		DATE
	PHONE	

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

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

1. **Participantes obligatorios** - Mis actividades asignadas son: _____

Entiendo que si no participo en las actividades mencionadas arriba de la manera requerida, sin que el Condado decida que tengo un motivo justificado, se reducirá mi asistencia monetaria.

2. **Participantes voluntarios** - Entiendo que no tengo que participar en las siguientes actividades por ahora, pero estoy de acuerdo en participar en estas actividades y completarlas. _____

Entiendo que si dejo de participar en las actividades mencionadas arriba, sin que el Condado decida que tengo un motivo justificado, no se reducirá mi asistencia monetaria, pero es posible que no se me permita participar en WTW por un período de tiempo.

Entiendo que si no asisto a _____ / _____ (actividades) de la manera en que lo requiere WTW, o si no progreso de una manera satisfactoria en estas actividades, WTW determinará la razón y es posible que yo tenga que participar en otras actividades diferentes. Entiendo que para la fecha(s) que se indica a continuación, tengo que darle pruebas a mi trabajador de WTW de que estoy progresando de una manera satisfactoria en estas actividades.

Actividad: _____ Fecha para la cual se tiene que presentar pruebas: _____

Actividad: _____ Fecha para la cual se tiene que presentar pruebas: _____

Entiendo que ésta es mi primera asignación educacional o de entrenamiento bajo mi plan inicial de WTW y que tengo hasta 30 días para pedir un cambio en mis actividades una vez que éstas comiencen. Entiendo que puedo cambiar mis actividades de esta manera solamente una vez durante el tiempo que yo participe en WTW. Si WTW está de acuerdo con el cambio, sé que tendré que firmar una nueva asignación de actividades.

LUGAR Y HORARIO

Actividad: _____
 Comienza: _____ Se espera que termine: _____
 Lugar y horario: _____

Actividad: _____
 Comienza: _____ Se espera que termine: _____
 Lugar y horario: _____

Actividad: _____
 Comienza: _____ Se espera que termine: _____
 Lugar y horario: _____

Actividad: _____
 Comienza: _____ Se espera que termine: _____
 Lugar y horario: _____

WTW me notificará del lugar y horario de mi _____ (actividad) a más tardar en _____ (fecha).

Iré a _____ (lugar) en/a más tardar en _____ (fecha) a fin de obtener información sobre el lugar y/u horario de mi _____ (actividad).

Le daré a mi trabajador de WTW una copia del horario de mi _____ (actividad) a más tardar en _____ (fecha). Le avisaré a mi trabajador de WTW si hay algún cambio y también le daré una copia de los cambios, si así lo requiere.

Comentarios adicionales: _____

SERVICIOS DE APOYO

WTW pagará los servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y gastos relacionados al trabajo, educación, y entrenamiento) si los necesito para participar en WTW y si las reglas de WTW los permiten.

He revisado mi necesidad de servicios de apoyo de WTW con mi trabajador de WTW. Entiendo que no tengo que participar hasta que se hagan los arreglos necesarios para que yo reciba los servicios de apoyo que necesito. Entiendo que tengo que informarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi necesidad de servicios de apoyo de WTW, o si dejo de necesitarlos. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagarlos. Entiendo que si WTW paga más servicios de apoyo de los que necesito para participar en WTW, tendré que reembolsar a WTW el costo de esos servicios.

CERTIFICACION

Entiendo que mi plan de WTW incluye este formulario, el formulario "Derechos y responsabilidades en relación al plan de WTW", 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. He recibido un ejemplar de dicho manual. Entiendo que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta. Entiendo que bajo mi plan inicial de WTW, tengo 30 días a partir del comienzo de mi primera asignación educacional o de entrenamiento para pedir un cambio o una nueva asignación a otra actividad. Entiendo también que este período de gracia de 30 días solamente estará a la disposición una sola vez durante todo el tiempo que estoy recibiendo asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Entiendo que en otras circunstancias, tendré tres días hábiles para considerar las condiciones de esta asignación de actividades una vez que la firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de esta 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, esta asignación de actividades se considerará final. Si WTW está de acuerdo en cambiar esta asignación de actividades, y firmo una nueva, entiendo que la nueva asignación de actividades se considerará final.

He leído (o se me ha leído) y entiendo esta asignación de actividades y he recibido una copia de la misma. Si no cumplo mis responsabilidades y no tengo un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que pudieran reducir 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	TELEFONO	FECHA
