

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-047**

DATE

04-21-2006

**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 (12/05) English and Spanish  
Welfare-to-Work Plan Activity Agreement**

|  |  |                  |  |
|--|--|------------------|--|
| ORDER UNIT<br><b>MASTER ONLY</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold | ESTIMATED PRICE  | INITIAL SUPPLY SENT<br><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised | DATE OF FORM<br>12/05  | REPLACES<br>9/04 | <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 \_\_\_\_\_

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. 06-09 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](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) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# WELFARE-TO-WORK PLAN ACTIVITY ASSIGNMENT

|                                      |                    |  |
|--------------------------------------|--------------------|--|
| PARTICIPANT NAME: _____              |                    | <input type="checkbox"/> Initial Activity Assignment |
| CASE NAME: _____                     |                    | <input type="checkbox"/> Amendment # _____           |
| CASE NUMBER: _____                   | I.D. NUMBER: _____ |  |
| WELFARE-TO-WORK WORKER'S NAME: _____ |                    |  |

- Mandatory participant.** I must do the activities listed below. I understand that if I do not participate as required in these activities, my cash aid may be lowered, unless the county decides I had a good reason to not do them.
- Volunteer.** I understand that I do not have to participate, but I agree to do and finish the activities listed below. I understand that as a volunteer, my cash aid cannot be lowered for failing to do these activities. I understand if I stop doing these activities, I may not be allowed to participate in Welfare-to-Work for a period of time, unless the county decides that I had a good reason not to do them. I understand that the 20-hour core activity and the 32- or 35- hour per week rules do not apply to me.
- SIP.** I understand that the 20-hour core activity rule does not apply to me.

## CORE HOURS

I must do at least 20 "core" hours per week. They are:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unsubsidized employment for ____ hours                             | <input type="checkbox"/> Subsidized public sector employment for ____ hours       |
| <input type="checkbox"/> Job search and job readiness assistance for ____ hours             | <input type="checkbox"/> On-the-job-training for ____ hours                       |
| <input type="checkbox"/> Work experience for ____ hours                                     | <input type="checkbox"/> Grant-based on-the-job-training for ____ hours           |
| <input type="checkbox"/> Vocational education and training (up to 12 months) for ____ hours | <input type="checkbox"/> Supported work or transitional employment for ____ hours |
| <input type="checkbox"/> Work study for ____ hours  | <input type="checkbox"/> Self-employment for ____ hours                           |
| <input type="checkbox"/> Subsidized private sector employment for ____ hours                | <input type="checkbox"/> Community service for ____ hours                         |

## NON-CORE HOURS THAT CAN COUNT TOWARD CORE HOURS

I must do these activities for the number of hours shown.

- Adult basic education
- Job skills training directly related to employment
- Education directly related to employment
- Satisfactory progress in a secondary school
- Mental health services
- Substance abuse services
- Domestic abuse services

| Number of hours of non-core | Number of hours that count toward core |
|-----------------------------|--|
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |
| ____ hours                  | ____ hours                             |

## NON-CORE HOURS THAT CANNOT COUNT TOWARD CORE HOURS

- \*Vocational education and training (after counting as core for 12 months) for \_\_\_\_ hours
- Other activities necessary to assist an individual in obtaining employment for \_\_\_\_ hours
- Participation required by the school to ensure the child's attendance for \_\_\_\_ hours

\*If there is any participation in this activity, then no hours in any non-core activity can count toward the core-hour rule.

## ASSIGNMENT AND SERVICES

### ACTIVITY, LOCATION, SCHEDULE, AND HOURS

- Activity: \_\_\_\_\_  
Begins: \_\_\_\_\_ Expected to end: \_\_\_\_\_  
Schedule: \_\_\_\_\_ Hours per week: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_
- Activity: \_\_\_\_\_  
Begins: \_\_\_\_\_ Expected to end: \_\_\_\_\_  
Schedule: \_\_\_\_\_ Hours per week: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_
- Activity: \_\_\_\_\_  
Begins: \_\_\_\_\_ Expected to end: \_\_\_\_\_  
Schedule: \_\_\_\_\_ Hours per week: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_
- Activity: \_\_\_\_\_  
Begins: \_\_\_\_\_ Expected to end: \_\_\_\_\_  
Schedule: \_\_\_\_\_ Hours per week: \_\_\_\_\_  
Location: \_\_\_\_\_

### SUPPORTIVE SERVICES

The county will give me:

- Child Care
- Transportation
  - Bus Pass  Mileage  Parking
  - Other: \_\_\_\_\_

Ancillary (other) Costs for:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- The county will send me the location and schedule for my \_\_\_\_\_ activity by \_\_\_\_\_ (date).
- I will go to \_\_\_\_\_ on/by \_\_\_\_\_ to get my \_\_\_\_\_ location and/or schedule.   
 LOCATION DATE ACTIVITY
- I will give my Welfare-to-Work worker a copy of my \_\_\_\_\_ schedule by \_\_\_\_\_. 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.   
 ACTIVITY DATE
- I understand that if I do not go to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ as required by the county or make satisfactory progress in these activities, the county will decide why, and I may have to go to different activities. I understand that I must 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: \_\_\_\_\_

- Additional Comments: \_\_\_\_\_

### SUPPORTIVE SERVICES

- The county will pay for supportive services (child care; transportation; and work, education, and training related expenses) if I need them to participate in my Welfare-to-Work assignments 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 do my assignment 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, the county may not be able to pay for them.**
- I understand if the county pays for supportive services that are more than what I needed to participate in Welfare-to-Work, I will have to pay the county back.

### PARTICIPANT'S 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 know I can ask my Welfare-to-Work worker if I have any questions.
- I understand that if I do not agree with my assessment or the county and I can not agree on a plan, and I tell my worker, the worker **must** refer me to a neutral third party for a new assessment of my employment or Welfare-to-Work activity needs.
- This is my first training or education assignment under a Welfare-to-Work plan. I understand that I have 30 calendar 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. This 30-day grace period is available only once during my time receiving California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) cash aid. If the county agrees to the change, I know I will have to sign a new Activity Assignment.
- I have three (3) working days to think about the terms of this Activity Assignment after I sign it. I understand if I want to change the terms of this Welfare-to-Work Plan, I must tell my Welfare-to-Work worker by \_\_\_\_\_. If I do not tell my Welfare-to-Work worker by then, this Activity Assignment is final.   
 DATE
- I have read (or had read to me) and understand this Activity Assignment, and have received a copy. If I do not meet my responsibilities without a good reason, I know that there are penalties that can include having my cash aid lowered.
- I understand that I can ask for a different service provider if I object to the religious character of any provider to which I have been assigned.
- I understand that I can say no to any religious activity offered by a service provider, and that any participation in any religious activity offered by a service provider is voluntary.
- I understand 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 ask for a State hearing by calling, toll-free, 1-800-952-5253. If the county is proposing to lower or stop my aid, my aid will be lowered or stopped if I file a formal grievance.
- 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

|                                    |       |      |
|------------------------------------|-------|------|
| PARTICIPANT'S SIGNATURE            | DATE  |      |
| WELFARE-TO-WORK WORKER'S SIGNATURE | PHONE | DATE |

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

Form with fields: NOMBRE DEL PARTICIPANTE, NOMBRE DEL CASO, NUMERO DEL CASO, NUMERO DE IDENTIFICACION, NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW. Includes checkboxes for 'Asignación de Actividad Inicial' and 'Enmienda #'.

- Participant obligatorio. Tengo que hacer las actividades mencionadas en la parte de abajo. Entiendo que si no participo en estas actividades de la manera requerida, es probable que se reduzca mi asistencia monetaria, a menos que el Condado decida que tuve un motivo justificado para no hacerlas.
Voluntario. Entiendo que no tengo que participar, pero estoy de acuerdo en terminar las actividades en la siguiente lista. Entiendo que como un voluntario, no se puede reducir mi asistencia monetaria por no hacer estas actividades.
Programa comenzado por iniciativa propia (Self-Initiated Program - SIP). Entiendo que la regla sobre las 20 horas no me aplica.

HORAS OBLIGATORIAS

Tengo que hacer por lo menos 20 horas obligatorias a la semana. Estas son:

- Empleo no subsidiado por \_\_\_ horas
Asistencia para búsqueda y preparación de empleo por \_\_\_ horas
Experiencia de trabajo por \_\_\_ horas
Empleo subsidiado del sector público por \_\_\_ horas
Entrenamiento en el empleo por \_\_\_ horas
Entrenamiento en el empleo basado en el pago mensual por \_\_\_ horas
Trabajo con apoyo o empleo de transición por \_\_\_ horas
Empleo para estudiantes por \_\_\_ horas
Empleo subsidiado del sector privado por \_\_\_ horas
Servicio para la comunidad por \_\_\_ horas

HORAS NO OBLIGATORIAS QUE PUEDEN CONTAR HACIA LAS HORAS OBLIGATORIAS

Tengo que hacer estas actividades por el número indicado de horas

- Educación básica para adultos
Entrenamiento de aptitud de trabajo directamente relacionado con el empleo
Educación directamente relacionada con el empleo
Progreso satisfactorio en una escuela secundaria
Servicios para la salud mental
Servicios para el abuso de sustancias controladas
Servicios para el abuso doméstico

Table with 2 columns: Número de horas no obligatorias, Número de horas que cuentan en las horas obligatorias. Rows for 1-7 hours.

HORAS NO OBLIGATORIAS QUE NO PUEDEN CONTAR HACIA LAS HORAS OBLIGATORIAS

- \*Entrenamiento y educación vocacional (después de contar como obligatorio por 12 meses) por \_\_\_ horas
Otras actividades necesarias para ayudar a una persona en obtener empleo por \_\_\_ horas
Participación requerida por la escuela para asegurar la asistencia del niño por \_\_\_ horas

\*Si hay alguna participación en esta actividad, entonces ninguna hora en cualquier actividad no obligatoria puede contar para la regla sobre las horas obligatorias.

ASIGNACION Y SERVICIOS

ACTIVIDAD, LUGAR, HORARIO Y HORAS

- 1. Actividad: Empieza: Se espera que termine: Horario: Horas a la semana: Lugar:
2. Actividad: Empieza: Se espera que termine: Horario: Horas a la semana: Lugar:
3. Actividad: Empieza: Se espera que termine: Horario: Horas a la semana: Lugar:
4. Actividad: Empieza: Se espera que termine: Horario: Horas a la semana: Lugar:

SERVICIOS DE APOYO

El Condado me dará:

- Cuidado de niños
Transporte
Pase de autobús
Pago por milla
Estacionamiento
Otro:
Gastos secundarios (otros) para:
1.
2.
3.
4.

- El Condado me enviará el lugar y horario para mi actividad \_\_\_\_\_ a mas tardar el \_\_\_\_\_ (fecha).
- Iré a \_\_\_\_\_ el/a mas tardar el \_\_\_\_\_ para conseguir mi  
LUGAR FECHA  
 horario y/o lugar de \_\_\_\_\_.  
ACTIVIDAD
- Le daré a mi trabajador de WTW una copia de mi horario de \_\_\_\_\_ a mas tardar el \_\_\_\_\_.  
ACTIVIDAD FECHA  
 Le diré a mi trabajador de WTW si hubo cambios hechos y le daré a mi trabajador de WTW una copia de los cambios si acaso se requiere.
- Entiendo que si no voy a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ como se requiere por el Condado o si no  
ACTIVIDADES  
 tengo progreso satisfactorio en estas actividades, el Condado decidirá porqué, y es probable que yo tenga que ir a diferentes actividades. Entiendo que yo tengo que dar prueba del progreso satisfactorio en estas actividades a mi trabajador de WTW para las fechas mencionadas a continuación.  
 Actividad: \_\_\_\_\_ Fecha límite de comprobación: \_\_\_\_\_  
 Actividad: \_\_\_\_\_ Fecha límite de comprobación: \_\_\_\_\_
- Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

### SERVICIOS DE APOYO

- El Condado pagará por los servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y gastos relacionados al trabajo, educación y entrenamiento) si los necesito para participar en mis asignaciones de WTW y si las reglas de WTW los permite.
- He revisado mi necesidad de servicios de apoyo de WTW con mi trabajador de WTW. Entiendo que no tengo que hacer mi asignación 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 el Condado paga por servicios de apoyo que son más de lo que necesité para participar en WTW, tendré que reembolsar a WTW el costo de esos servicios.

### CERTIFICACION DEL PARTICIPANTE

- 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 del Manual de WTW.
- Yo sé que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.
- Entiendo que si no estoy de acuerdo con mi evaluación o si el Condado y yo no estamos de acuerdo sobre un plan, y le aviso a mi trabajador, el trabajador **tengo que** referirme a una tercera persona neutral para una nueva evaluación de mi empleo o necesidades de actividad de WTW.
- Esta es mi primera asignación de entrenamiento o educación bajo el plan de WTW. 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. Este período de gracia de 30 días solamente estará a la disposición una sola vez durante el tiempo que estoy recibiendo asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Si el Condado está de acuerdo con el cambio, yo sé que tendré que firmar una nueva asignación de actividades.
- Tengo tres (3) días hábiles para considerar las condiciones de esta asignación de actividades una vez que la firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este plan de WTW, tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar el \_\_\_\_\_.  
FECHA Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, esta 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 incluir que mi asistencia monetaria sea reducida.
- Entiendo que puedo pedir un proveedor de servicios diferente si me opongo al carácter religioso de cualquier proveedor al cual yo he sido asignado.
- Entiendo que puedo decir "no" a cualquier actividad religiosa ofrecida por un proveedor de servicios y que cualquier participación ofrecida por un proveedor de servicios es voluntaria.
- 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 solicitar una audiencia con el Estado llamando, gratuitamente al 1-800-952-5253. Si el Condado esta proponiendo reducir o suspender mi asistencia, mi asistencia será reducida o suspendida si presento una queja formal.
- 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 ( ) \_\_\_\_\_.  
NUMERO DE TELEFONO

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW

TELEFONO

FECHA