

**WTW\* НАПРАВЛЕНИЕ****ПРИЛОЖЕНИЕ**

<b>Completed by Welfare to Work Case Manager (WTWCM)</b>	<b>Welfare to Work Office No:</b>	<b>WTWCM No:</b>
--	-----------------------------------	------------------

*(Заполняется работниками отдела WTW)*

<b>Participant Name:</b>	<b>Social Security Number:</b>	<b>CalWORKs Case #:</b>
--------------------------	--------------------------------	-------------------------

<b>Address:</b> (Street, City, Zip)	<b>Mailing Address, if different:</b>
-------------------------------------	---------------------------------------

<b>Telephone number:</b>	<b>Sex:</b> M ( ) F ( )	<b>Birthdate:</b>	<b>Citizen:</b> Yes ( ) No ( ) <b>IF NO,</b> <b>Legal right to work in U.S.:</b> Yes ( ) No ( )
--------------------------	----------------------------	-------------------	--

**Additional Comments:**

I CERTIFY THAT THE ABOVE DATA HAS BEEN VERIFIED/DOCUMENTED BY AN EMPLOYEE OF THE COUNTY WELFARE DEPARTMENT. THE DEPARTMENT CERTIFIES THAT THIS INDIVIDUAL HAS PROVIDED DOCUMENTATION THAT HE/SHE IS LEGALLY ENTITLED TO WORK IN THE U.S.

Welfare to Work Case Manager Signature: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Я РАЗРЕШАЮ ОБМЕН СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПРОГРАММ WTW/CALWORKS\*\* МЕЖДУ \_\_\_\_\_, АГЕНТСТВАМИ ШТАТА ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА ИЛИ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ, СЛУШАНИЙ, И/ИЛИ В ЦЕЛЯХ ПРОВЕРКИ.

\_\_\_\_\_  
Подпись участника программы WTW      Дата