

NOTICE OF FORM CHANGE NO.

DATE

TO:County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator**FROM:**Forms Management Unit
(916) 657-1907 Community Care Licensing District Offices District Attorney Private and Public Adoption Agencies 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

ORDER UNIT	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input 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

WELFARE TO WORK PLAN - ACTIVITY ASSIGNMENT

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

ACTIVITY

- My assigned activity is _____ . I understand that if I do not participate as required in this activity without the county deciding if I have a good reason, my cash aid will be lowered.
 - I must also participate in _____ (activity). If I do not participate as required in this activity without the county deciding if I have a good reason, my cash aid will be lowered.
 - I understand that I do not have to participate in _____ (activity) at this time, but I agree to go to this _____ (type) activity and complete it. My Welfare to Work worker has explained this activity to me. I understand that if I stop participating in this activity without the county deciding if 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 _____ / _____ [activity(s)] as required by Welfare to Work or make satisfactory progress in my assigned activity, Welfare to Work will determine why, and I may have to go to a different activity. I understand that I am required to give proof of satisfactory progress in my activity (s) 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 I have up to 30 days to ask for a change in my activity once it starts. I understand that I can change my activity 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 _____	Activity _____
Begins: _____ Expected to end: _____	Begins: _____ Expected to end: _____
Location and Schedule: _____	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.

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 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 get an 18- 24-month time limit for participation in Welfare to Work activities that begins when I sign, or refuse to sign without a good reason, my first Welfare to Work plan. If I have any questions about the 18- or 24-month time limit, I can ask my Welfare to Work caseworker.

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)

CONVENIO DE ACTIVIDADES

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

ACTIVIDAD

- Mi actividad asignada es _____ . Entiendo que si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado decide que no tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
 - También tengo que participar en _____ (actividad). Si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado decide que no tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
 - Entiendo que no tengo que participar en la actividad de _____ por ahora, pero estoy de acuerdo en participar en este tipo de actividad _____, y completarla. Mi trabajador de WTW me explicó esta actividad. Entiendo que si dejo de participar en esta actividad sin que el condado decida que tengo un motivo justificado para no participar, 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 las actividades _____ / _____ de la manera en que lo requiere WTW o si no progreso de una manera satisfactoria en mi actividad asignada, WTW determinará la razón, y es posible que tenga que participar en otra actividad diferente. Entiendo que en las fechas que se anotan a continuación tengo que presentarle a mi trabajador de WTW, pruebas de que estoy progresando de una manera satisfactoria.

Actividad: _____ Fecha en que se debe presentar la prueba: _____

Actividad: _____ Fecha en que se debe presentar la prueba: _____

- Entiendo que tengo hasta 30 días para pedir un cambio en mi actividad, una vez que ésta comience. Entiendo que solamente puedo cambiar mi actividad una vez durante el tiempo que participe en WTW. Si WTW está de acuerdo al cambio, sé que tendré que firmar un nuevo "Convenio de actividades".

LUGAR Y HORARIO

Actividad: _____ Actividad: _____

Comienza: _____ Se espera que termine: _____ Comienza: _____ Se espera que termine: _____

Lugar y horario: _____ Lugar y horario: _____

- WTW me mandará el lugar y horario de mi actividad _____ a más tardar el _____ (fecha).
- Iré a _____ (lugar) el/a más tardar el _____ (fecha) a fin de obtener información sobre el lugar y/u horario de mi actividad de _____.
- Le daré a mi trabajador de WTW una copia del horario de mi actividad de _____ a más tardar el _____ (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.

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 las reglas de WTW lo 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 específicos para que 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, o si dejo de necesitarlos. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagarlos. Entiendo que si WTW paga por más servicios de apoyo de los que necesito para participar en WTW, tendré que reembolsar el costo de estos servicios.

CERTIFICACION

Entiendo que mi "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo" incluye este formulario, el "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo – Derechos y responsabilidades" y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo". 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 una copia del "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo". Entiendo que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta. Entiendo que tengo tres días hábiles para considerar las condiciones de este "Convenio de actividades" una vez que lo firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este "Convenio 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, este "Convenio de actividades" se considerará final. Si WTW está de acuerdo en cambiar este "Convenio de actividades", y firmo uno nuevo, entiendo que el nuevo "Convenio de actividades" se considerará final.

He leído (o se me ha leído) y entiendo este "Convenio de actividades" y he recibido una copia del mismo. Si no cumplo con mis responsabilidades sin tener 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 relación 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 legal local o de la oficina de derechos en relación a la asistencia pública llamando al número de teléfono () _____.

Entiendo que tengo un límite de 18 - 24 meses por participar en las actividades de WTW que empieza cuando yo firme, o me rehúse a firmar mi plan de WTW sin un motivo justificado. Si tengo alguna pregunta sobre el límite de 18 - 24 meses, puedo comunicarme con mi trabajador de WTW.

FIRMA DEL PARTICIPANTE		FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW	TELEFONO	FECHA
