

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
CHANGE**

 PARTICIPANT NAME:

 CASE NAME:

 CASE NUMBER:

 IDENTIFICATION NUMBER:

 WELFARE TO WORK WORKER NAME:

The WELFARE TO WORK PLAN - ACTIVITY ASSIGNMENT that I signed on _____ (date) has been changed as follows:

I have reviewed these changes and agree with them. I understand that everything else in my Welfare to Work Plan-Activity Assignment that I signed on _____ (date) still applies.

I have reviewed my need for Welfare to Work supportive services (child care, transportation, and work and training related expenses) with my Welfare to Work worker. I understand that I do not have to participate until specific arrangements for the supportive services I need have been made. 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.

CERTIFICATION

I understand that my Welfare to Work Plan includes this Activity Assignment Change, the Welfare to Work Plan - Rights and Responsibilities, the Welfare to Work Plan - Activity Assignment, and the Welfare to Work Handbook. I understand that the 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 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 Change. I understand that if I want to change the terms of this Activity Assignment Change 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 change is final. If Welfare to Work agrees to change this Activity Assignment Change, and I sign a new one, I understand that the new Activity Assignment Change is final.

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

 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) CAMBIO EN EL CONVENIO DE ACTIVIDADES

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

El "PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO - CONVENIO DE ACTIVIDADES" que yo firmé en _____ (fecha) se ha cambiado de la siguiente manera:

He revisado estos cambios y estoy de acuerdo con ellos. Entiendo que todo lo demás que contiene mi "Plan del Programa de Transición de la Asistencia Pública al Trabajo - Convenio de actividades" que firmé en _____ (fecha) todavía es pertinente.

He revisado con mi trabajador de WTW mis necesidades en cuanto a los servicios de apoyo de WTW (cuidado de niños, transporte, y gastos relacionados al trabajo y entrenamiento). Entiendo que no tengo que participar hasta que se hayan hecho los arreglos específicos para los servicios de apoyo que necesito. Entiendo que tengo que avisarle inmediatamente a mi trabajador de WTW si hay algún cambio en mis necesidades con respecto a los servicios de apoyo de WTW o si ya no los necesito. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagar estos servicios.

CERTIFICACION



Entiendo que mi "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo" incluye este "Cambio en el convenio de actividades", el "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo - Derechos y responsabilidades", el "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo - Convenio de actividades", 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. Entiendo que puedo comunicarme con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.

Entiendo que tengo tres días hábiles para considerar los términos de este "Cambio en el convenio de actividades". Entiendo que si quiero cambiar los términos de este "Cambio en el convenio de actividades", tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar para el _____ (fecha). Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, este "Cambio en el convenio de actividades" se considerará final. Si WTW está de acuerdo en modificar este "Cambio en el convenio de actividades", y si firmo uno nuevo, entiendo que el nuevo "Cambio en el convenio de actividades" se considerará final.

He leído (o se me ha leído) este "Cambio en el convenio de actividades", lo entiendo, y he recibido una copia de él. Si no cumplo con mis responsabilidades sin un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que posiblemente causen una reducción en 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 de derechos en relación a la asistencia pública llamando al número de teléfono () _____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:	FECHA:
	
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW:	NUMERO DE TELEFONO:
	FECHA: