

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

CalWORKs STAGE ONE CHILD CARE INFORMING NOTICE AND REQUEST FORM

If you are a California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) recipient and you are employed or attending a welfare-to-work activity, you may be eligible for paid child care. Child care payments in Stage One cannot go back more than 30 calendar days from the date you request paid child care from your worker. In order to receive paid child care in Stage One, you must be determined eligible and your provider has to meet certain requirements. If you change child care providers, you must also inform your worker within 30 calendar days from the first day you receive services from your provider.

You must sign and return this form to your worker. You may also use this form to request child care if you need it at this time.

Please check one of the following:

- I need paid child care assistance at this time so that I can go to work or attend my welfare-to-work activity.
- I do not need paid child care at this time. I understand that I must request paid child care from my worker if I need it in the future.

I understand that as a CalWORKs recipient, paid child care is available to me to work and attend my welfare-to-work activity.

If I need assistance to find and/or choose a child care provider, I can contact the local Child Care Resource and Referral agency listed below:

Name: _____ Telephone: (____) _____

Address: _____

I understand that I must inform my worker as soon as I have a need for paid child care and each time I change providers.

I understand that CalWORKs will help me pay for child care only after I request paid child care. My worker's telephone number is: (____) _____

I understand that after I ask for help paying for child care, I will have to give my worker certain information within 30 calendar days to see whether or not I am eligible. If I cannot get the information, I can ask my worker for help to get the information I need. If I do not give my worker this information within 30 calendar days, my child care request may be denied.

I understand that I need to request paid child care within 30 calendar days from the first day I receive services from my provider. This way, my child care provider can be paid for the services s/he provides to me. I understand that I will be responsible for any child care services I receive before the 30 calendar day period.

I understand that my child care provider has to meet certain requirements in order to get paid, and I must pay for any child care services I receive if my child care provider does not meet these requirements.

I understand that I must be determined eligible in order to receive paid child care.

I have read this notice or have had it read to me, and I understand that if I have any questions or need additional information regarding this notice, I can ask my worker.

CASE NAME (PLEASE PRINT)	CASE NO.
SIGNATURE	DATE
WORKER NAME	PHONE

NOTIFICACION INFORMATIVA Y FORMULARIO DE CalWORKs PARA SOLICITAR EL CUIDADO DE NIÑOS EN LA PRIMERA ETAPA

Si usted es beneficiario del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) y está trabajando o asistiendo a una actividad para la transición de la asistencia al trabajo (conocida en inglés como “welfare-to-work”), es posible que sea elegible para recibir pagos para el cuidado de niños. Los pagos para el cuidado de niños en la primera etapa no pueden ser por más de 30 días consecutivos antes de la fecha en que usted solicite con su trabajador el pago para el cuidado de niños. Para poder recibir pagos para el cuidado de niños durante la primera etapa, se tiene que determinar que usted es elegible y su proveedor tiene que cumplir con ciertos requisitos. Si cambia de proveedor de cuidado de niños, también tiene que informar a su trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos contados a partir del primer día que usted reciba servicios de su proveedor.

Tiene que firmar y devolver este formulario a su trabajador. También puede usar este formulario para solicitar cuidado de niños si lo necesita en este momento.

Por favor marque uno de los siguientes:

- En este momento necesito asistencia para pagar el cuidado de niños para poder ir a trabajar o asistir a mi actividad de *welfare-to-work*.
- En este momento no necesito pagos para el cuidado de niños. Entiendo que si en el futuro necesito pagos para el cuidado de niños, tendré que solicitarlos del trabajador encargado de mi caso.

Yo entiendo que como beneficiario de CalWORKs, pagos para el cuidado de niños están disponibles para que yo pueda trabajar y asistir a mi actividad de *welfare-to-work*.

Si necesito asistencia para encontrar y/o seleccionar un proveedor de cuidado de niños, puedo comunicarme con la agencia local de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños cuya información aparece a continuación:

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Entiendo que tengo que avisarle inmediatamente a mi trabajador cuando tenga la necesidad de asistencia para pagar el cuidado de niños y también cada vez que cambie de proveedor de cuidado de niños.

Entiendo que CalWORKs me ayudará a pagar el cuidado de niños solamente después de que yo haya solicitado pagos para el cuidado de niños. El número de teléfono de mi trabajador es: (____)_____.

Entiendo que después de solicitar asistencia para pagar el cuidado de niños, tendré que proporcionarle cierta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos para ver si soy elegible. Si no puedo obtener la información, puedo pedirle a mi trabajador que me ayude a obtener la información que necesito. Si no le doy esta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos, es posible que se niegue mi solicitud para recibir pagos para el cuidado de niños.

Entiendo que necesito solicitar asistencia para pagar el cuidado de niños antes de que pasen 30 días a partir del primer día que reciba los servicios del proveedor de cuidado. De esta manera, se le podrá pagar al proveedor por los servicios que me proporciona. Entiendo que seré responsable por cualquier servicio de cuidado de niños que reciba antes del período de 30 días consecutivos.

Entiendo que para que se le pueda pagar a mi proveedor, él/ella tiene que cumplir con ciertos requisitos y que yo tendré que pagar por cualquier cuidado de niños que reciba si mi proveedor de cuidado no cumple con estos requisitos.

Entiendo que se tiene que determinar que soy elegible para que pueda recibir pagos para el cuidado de niños.

Yo he leído esta notificación o me la han leído, y entiendo que le puedo preguntar a mi trabajador si tengo alguna pregunta o si necesito información adicional sobre esta notificación.

NOMBRE DEL CASO (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	NUMERO DEL CASO
FIRMA	FECHA
NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE TELEFONO