

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-002**

DATE

01-07-2004

**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 27 (10/03) English and Spanish  
Request For Good Cause Determination**

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 10/03	REPLACES	<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. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one 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) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# REQUEST FOR GOOD CAUSE DETERMINATION

CLIENT'S NAME	CASE #:	DATE:
WELFARE TO WORK WORKER'S NAME	WORKER #:	PHONE #: (     )

**Returning this form is optional.** You can still claim that you had a good reason ("good cause") for not meeting Welfare to Work rules if you do not return this form. Even if you do return this form, you must still call your Welfare to Work worker before your appointment OR go to the appointment to talk about your Welfare to Work participation problem. If you do not go to your appointment or call, your cash aid may be lowered if you do not give us enough information on this form to show us you had a good reason for not participating. The date, time, and place of your appointment are on the Notice of Action (NA 840) that the county sent to tell you about your participation problem.

**Instructions:** If you had a good reason for not doing what you were supposed to do in Welfare to Work, fill out this form. Give us any information you may have (for example, a doctor's note) to show us that you had a good reason. You can also tell us about your good reason by giving us the details in the section below.

After you fill out the form:

- 1) Make a copy of the form for you to keep; **AND**
- 2) Mail or take the form back to your Welfare to Work worker before the date of your appointment to discuss your participation problem; OR bring the completed form to the appointment.

**If you have any questions, call your Welfare to Work worker.**

\_\_\_\_\_, our records show that you did not:

- Sign the Welfare to Work plan on \_\_\_\_\_.
- Participate in \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.
- Make good progress in your \_\_\_\_\_ activity because \_\_\_\_\_.
- Accept a job at \_\_\_\_\_.
- Keep your job at \_\_\_\_\_.
- Keep the same amount of earnings.

Your cash aid will not be lowered if you had a good reason for not doing what we asked. Examples of good reasons are listed to the right.

You may have to give your worker more information to prove your reason.

If you do not have a good reason, your cash aid will not be lowered if you agree to a compliance plan and do what the plan says.

## **Good Cause Reasons:**

Check all the reasons that apply to you. If your reasons are not on the list, you can check the last box and write in your reason.

- I was sick.
- My child or another member of my household was sick and needed my care.
- I did not have child care.
- I recently had a death in my family (spouse, parent, child, or close relative).
- I did not have transportation or money for gas.
- The round trip travel time would be more than:
  - two hours by bus or other public transportation
  - two miles round trip on foot
- Weather or other act of nature prevented travel.
- I need help with a learning disability, mental health impairment, domestic violence issue, or substance abuse problem.
- I am homeless or living in unstable, temporary housing.
- I had legal problems.
- I was in jail.
- I was working that day.
- I never got a written notice.
- I have language problems.
- Any other reason that you believe should be considered.  
(Explain:)

**Give us any details or information that will show us that you had a good reason for not participating.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CLIENT'S NAME (PLEASE PRINT)

\_\_\_\_\_  
CLIENT'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
CLIENT'S PHONE NUMBER

\_\_\_\_\_  
DATE

# PETICION PARA UNA DETERMINACION DE MOTIVO JUSTIFICADO

NOMBRE DEL CLIENTE:	NUMERO DEL CASO:	FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK*:	NUMERO DEL TRABAJADOR:	NUMERO DE TELEFONO: (    )

\*Welfare to Work = Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo

**Devolver este formulario es opcional.** Si no devuelve este formulario, todavía puede sostener que usted tenía una buena razón (“motivo justificado”) para no cumplir con las reglas de *Welfare to Work*. Aun si devuelve este formulario, usted todavía tiene que llamar a su trabajador de *Welfare to Work* antes de su cita O tiene que ir a la cita para hablar acerca del problema relacionado a su participación en *Welfare to Work*. Si no va a su cita ni tampoco llama por teléfono, es posible que su asistencia monetaria se reduzca si no nos proporciona suficiente información en este formulario para demostrar que usted tuvo un motivo justificado para no participar. La fecha, hora, y lugar de su cita están en la notificación (NA 840) que el Condado le envió para informarle sobre su problema de participación.

**Instrucciones:** Si tuvo un motivo justificado para no hacer lo que tenía que hacer en *Welfare to Work*, llene este formulario. Denos cualquier información que pueda tener (por ejemplo, una nota del doctor) para demostrar que usted tenía un motivo justificado. También puede decirnos acerca de su motivo justificado proporcionando los detalles en la sección de abajo.

Después de que llene este formulario:

- 1) Haga una copia de este formulario para usted; **Y**
- 2) Envíe el formulario por correo o llévelo a su trabajador de *Welfare to Work* antes de la fecha de su cita para hablar sobre su problema de participación; O lleve el formulario completado a su cita.

**Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de *Welfare to Work*.**

\_\_\_\_\_, nuestros expedientes indican que usted:

- No firmó su plan de *Welfare to Work* en \_\_\_\_\_.
- No participó en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.
- No tuvo un progreso satisfactorio en su actividad de \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
- No aceptó un trabajo en \_\_\_\_\_.
- No conservó su trabajo en \_\_\_\_\_.
- No mantuvo la misma cantidad de ingresos ganados.

Su asistencia monetaria no se va a reducir si usted tuvo un motivo justificado para no hacer lo que se le pidió que hiciera. Ejemplos de motivos justificados aparecen anotados en la columna a la derecha.

Es posible que tenga que proporcionar más información a su trabajador para comprobar su motivo.

Si no tiene un motivo justificado, su asistencia monetaria no se reducirá si usted está de acuerdo con un plan de cumplimiento y hace lo que el plan indica.

**Motivos justificados:**

Marque todos los motivos que sean pertinentes para usted. Si sus motivos no aparecen en esta lista, puede marcar la última casilla y anotar su motivo.

- Estaba enfermo.
- Mi hijo(a) u otro miembro del hogar estaba enfermo y necesitaba de mi cuidado.
- No tenía cuidado de niños.
- Recientemente hubo una muerte en la familia (esposa[o], padre, madre, hijo[a], u otro pariente cercano).
- No tenía transporte o no tenía dinero para gasolina.
- El viaje completo, de ida y vuelta, sería más de:
  - dos horas en autobús u otro medio de transporte público
  - dos millas caminando
- El clima u otro acto de la naturaleza me impidieron el viaje.
- Necesito ayuda debido a una discapacidad específica del aprendizaje, un impedimento de salud mental, un asunto de violencia doméstica, u problema de abuso de substancias.
- No tengo hogar o estoy en una vivienda temporal no estable.
- Tuve problemas legales.
- Estaba en la cárcel.
- Estaba trabajando ese día.
- Nunca recibí una notificación por escrito.
- Tengo problemas con el idioma.
- Algún otro motivo que usted crea que se deba considerar.  
(Explique:) \_\_\_\_\_

**Anote otros detalles o información que nos demuestre que usted tenía un motivo justificado para no participar.**

---



---



---



---



---

NOMBRE DEL CLIENTE (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

---

FIRMA DEL CLIENTE

---

NUMERO DE TELEFONO DEL CLIENTE	FECHA
--------------------------------	-------