

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-004

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 31 (10/03) English and Spanish
Request To Stop a Welfare To Work Sanction**

ORDER UNIT MASTER ONLY	<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

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. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

REQUEST TO STOP A WELFARE TO WORK SANCTION

INSTRUCTIONS TO THE CLIENT: Your family gets less cash aid because of a Welfare to Work sanction. If you want your sanction to stop, and it is your first sanction, you can fill out this form and return it to your Welfare to Work worker right away.

If this is your second or more time that the county has sanctioned you and you want your sanction to stop, fill out this form. Return this form to your Welfare to Work worker no earlier than 45 days from the date under the "How To Get Back On Cash Aid" section of the Notice of Action (NA 840) sent to tell you that you were being sanctioned.

Instead of filling out this form and mailing it to your Welfare to Work worker, you can also call your worker to tell him or her that you want your sanction to stop. If you do not know your worker's address or telephone number, call the county at: _____ .

REQUEST TO STOP A WELFARE TO WORK SANCTION

To stop my sanction, I must agree to do what the county says about meeting Welfare to Work rules.

This means that I must do an activity assigned in a "Plan To Stop A Welfare To Work Sanction" for up to 30 calendar days from the date that I sign the plan or for the length of the activity, whichever is shorter.

To stop my sanction, I understand that the county cannot ask me to do an activity for a time longer than the length of the activity that led to my sanction.

I also understand that if the activity that the county asked me to do before is no longer available or right for me, I must do other activities to stop my sanction.

NAME (PLEASE PRINT):		SIGNATURE:	
CASE # OR SOCIAL SECURITY #:		PHONE #: ()	DATE:
WELFARE TO WORK WORKER'S NAME (PLEASE PRINT):			

DO YOU NEED FREE LEGAL HELP?

You can get free legal help with this matter from the following:

State Welfare Rights Organization

Local Legal Aid Office

Phone #: ()	Phone #: ()

PETICION PARA DETENER UNA SANCION DE WELFARE TO WORK*

INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE: Su familia está recibiendo menos asistencia monetaria a causa de una sanción de *Welfare to Work*. Si quiere que se detenga su sanción, y es su primera sanción, usted puede completar este formulario y devolverlo inmediatamente a su trabajador de *Welfare to Work*.

Complete este formulario si ésta es la segunda vez o más que el condado le ha sancionado y usted quiere que se detenga su sanción. Devuelva este formulario a su trabajador de *Welfare to Work* no antes de 45 días a partir de la fecha que se encuentra en la sección titulada "Cómo volver a recibir asistencia monetaria" de la notificación de acción (NA 840) que se le mandó para informarle de que se le iba a sancionar.

En vez de completar este formulario y mandarlo a su trabajador de *Welfare to Work*, usted también puede llamar a su trabajador para decirle que usted quiere que se detenga su sanción. Si no sabe la dirección o el número de teléfono de su trabajador, llame al condado al: _____ .

PETICION PARA DETENER UNA SANCION DE WELFARE TO WORK

Para detener mi sanción, tengo que convenir en hacer lo que el condado dice en relación al cumplimiento de las reglas de *Welfare to Work*. Esto significa que tengo que llevar a cabo la actividad que esté asignada en el "Plan para detener una sanción de *Welfare To Work*", hasta por 30 días consecutivos a partir de la fecha en que firme el plan o por el tiempo asignado a la actividad, lo que sea más corto.

Para detener mi sanción, entiendo que el condado no puede pedirme que lleve a cabo una actividad por un tiempo que sea más largo que el tiempo asignado a la actividad que yo no cumplí, lo cual resultó en mi sanción.

También entiendo que si la actividad que el condado me pidió que llevara a cabo antes ya no está disponible o si ya no es apropiada para mí, tengo que llevar a cabo otras actividades para detener mi sanción.

NOMBRE (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):		FIRMA:
NO. DEL CASO O NO. DE SEGURO SOCIAL:	NO. DE TELEFONO: ()	FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):		

¿NECESITA ASESORAMIENTO LEGAL GRATUITO?

Usted puede recibir asesoramiento legal gratuito en relación a este asunto de los siguientes:

Organización de California para la Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública

Oficina local de asesoramiento legal

No. de teléfono: ()

No. de teléfono: ()