

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-005**

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 32 (10/03) English and Spanish  
Welfare to Work Compliance Plan**

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).

# WELFARE TO WORK COMPLIANCE PLAN

**INSTRUCTIONS TO THE COUNTY:** This form is only used for the compliance process. This form does not replace the WTW 2, Welfare to Work Plan - Activity Assignment, or the WTW 3, Welfare to Work Plan Activity Assignment Change, which must be modified to communicate any changes in the individual's Welfare to Work requirements and supportive services needs, once this plan is no longer in effect.

CLIENT'S NAME (PLEASE PRINT):	CASE #:	DATE:
CASEWORKER'S NAME (PLEASE PRINT):	WORKER #:	PHONE #: ( )

The county has decided that you did not have a good reason for not doing your Welfare to Work activity. The county told you about your Welfare to Work problem in the Notice of Action sent to you on \_\_\_\_\_.

The county will NOT lower your cash aid if you:

- 1) Agree to a compliance plan; and
- 2) Do what the compliance plan says to correct your participation problem. This means you must do the activity in this plan for up to 60 calendar days from the date you begin the activity, or for the length of the activity, whichever is shorter.

After you do what this compliance plan says, your compliance period ends, but you will still need to do other Welfare to Work activities.

## MY COMPLIANCE PLAN

ACTIVITY #1:		ACTIVITY #2:	
BEGINS:	ENDS:	BEGINS:	ENDS:
LOCATION:		LOCATION:	
PHONE #: ( )		PHONE #: ( )	
SCHEDULE:		SCHEDULE:	
TOTAL HOURS/WEEK:		TOTAL HOURS/WEEK:	
COMMENTS/OTHER INSTRUCTIONS:			

**I understand that:**

- My cash aid will be lowered if I do not agree to the compliance plan or I agree to the plan but do not do what it says without a good reason.
- If the activity that the county asked me to do before is no longer available or right for me, I may have to do another activity.
- The county cannot ask me to do an activity for a time longer than the length of the activity that led to my nonparticipation.
- If I do not agree to a compliance plan, or if I agree to one but do not do what it says without a good reason, I will not get another chance to fix this problem before my cash aid is lowered.
- If I do not agree with any part of my plan, I may suggest my own plan for the county to consider. If the county agrees with all or some of my suggestions, it will change my plan to include those ideas.
- The county will pay for supportive services (transportation, child care, and work- or training-related expenses) that I need to do the activity in my compliance plan. The county will give me more information about these services in other notices.
- Once I do what the compliance plan says, compliance is over. I may then have to continue in the same activity, or start a new activity. If I have a Welfare to Work plan, it will be updated to tell me of any changes in my Welfare to Work requirements and supportive services needs.
- I can file for a State hearing if I disagree with the county about any part of my compliance plan.

***I understand that I will receive a copy of this compliance plan and if I have any questions about the information in the plan, I can ask my worker.***

<b>If you are sending this plan to your worker by mail, it must be signed and postmarked by _____, or your cash aid may be lowered.</b>	CLIENT'S SIGNATURE:	DATE:
	CASEWORKER'S SIGNATURE:	DATE:

# PLAN DE CUMPLIMIENTO PARA *WELFARE TO WORK*\*

**INSTRUCCIONES PARA EL CONDADO:** This form is only used for the compliance process. This form does not replace the WTW 2, Welfare to Work Plan - Activity Assignment, or the WTW 3, Welfare to Work Plan Activity Assignment Change, which must be modified to communicate any changes in the individual's Welfare to Work requirements and supportive services needs, once this plan is no longer in effect.

CLIENT'S NAME / NOMBRE DEL CLIENTE (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):	CASE # / # DEL CASO:	DATE / FECHA:
CASEWORKER'S NAME / NOMBRE DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):	WORKER # / # DEL TRABAJADOR:	PHONE # / # DE TELEFONO: (    )

**El condado ha decidido que usted no tuvo un motivo justificado para no llevar a cabo su actividad de *Welfare to Work*. El condado le dijo acerca de su problema con *Welfare to Work* en la notificación de acción que se le mandó en \_\_\_\_\_.**

**El condado NO reducirá su asistencia monetaria si usted:**

- 1) conviene en un plan de cumplimiento; y
- 2) hace lo que el plan de cumplimiento dice para corregir su problema de participación. Esto significa que usted tiene que llevar a cabo la actividad en este plan hasta por 60 días consecutivos a partir de la fecha en que empiece la actividad, o por el tiempo asignado a la actividad, lo que sea más corto.

Después de que haga lo que este plan de cumplimiento diga, terminará su período de cumplimiento, pero todavía necesitará llevar a cabo otras actividades de *Welfare to Work*.

## MI PLAN DE CUMPLIMIENTO

ACTIVIDAD #1:		ACTIVIDAD #2:	
EMPIEZA:	TERMINA:	EMPIEZA:	TERMINA:
LUGAR:		LUGAR:	
# DE TELEFONO: (    )		# DE TELEFONO: (    )	
HORARIO:		HORARIO:	
TOTAL DE HORAS POR SEMANA:		TOTAL DE HORAS POR SEMANA:	

COMENTARIOS/OTRAS INSTRUCCIONES:

---



---



---



---



---

**Entiendo que:**

- Mi asistencia monetaria se reducirá si no convengo en el plan de cumplimiento, o si convengo en el plan pero no hago lo que dice sin tener un motivo justificado.
- 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, es posible que tenga que llevar a cabo otra actividad.
- El condado no puede pedirme que lleve a cabo una actividad por un tiempo más largo que el tiempo asignado a la actividad en que no participé.
- Si no convengo en un plan de cumplimiento, o si convengo en uno pero no hago lo que dice sin tener un motivo justificado, no tendré otra oportunidad para resolver este problema antes de que se reduzca mi asistencia monetaria.
- Si no estoy de acuerdo con alguna parte de mi plan, puedo sugerir mi propio plan para su consideración por el condado. Si el condado está de acuerdo con todas mis sugerencias o algunas de ellas, el condado cambiará mi plan para incluir esas ideas.
- El condado pagará los servicios de apoyo (transporte, cuidado de niños, y gastos relacionados al trabajo o entrenamiento) que necesite para llevar a cabo la actividad en mi plan de cumplimiento. El condado me dará más información sobre estos servicios en otras notificaciones.
- Una vez que haga lo que el plan de cumplimiento dice, se acabará el cumplimiento. Es posible que entonces tenga que continuar en la misma actividad o empezar una nueva. Si tengo un plan de *Welfare to Work*, el plan será actualizado para informarme de cualquier cambio en mis requisitos con respecto a *Welfare to Work* y mis necesidades con respecto a servicios de apoyo.
- Puedo solicitar una audiencia con el Estado si no estoy de acuerdo con el condado sobre alguna parte de mi plan de cumplimiento.

**Entiendo que recibiré una copia de este plan de cumplimiento y que si tengo alguna pregunta acerca de la información en el plan, puedo preguntarle a mi trabajador.**

Si va a mandar este plan a su trabajador por correo, la fecha de su firma y la fecha postal tienen que ser a más tardar en _____, o es posible que se reduzca su asistencia monetaria.	FIRMA DEL CLIENTE:	FECHA:
	FIRMA DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO:	FECHA: