

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-122**

DATE

04-14-2004

**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 2 (2/04) English and Spanish  
Welfare to Work Plan - Activity Assignment**

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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 2/04	REPLACES 12/02	<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    2/04

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, 2 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 PLAN - ACTIVITY ASSIGNMENT

PARTICIPANT NAME: _____	
CASE NAME: _____	
CASE NUMBER: _____	I.D. NUMBER: _____
WELFARE TO WORK WORKER NAME: _____	

## ACTIVITY

- My assigned activity is \_\_\_\_\_ . I understand that if I do not participate as required in this activity without the county deciding if I have a good reason, my cash aid will be lowered.
  - I must also participate in \_\_\_\_\_ (activity). If I do not participate as required in this activity without the county deciding if I have a good reason, my cash aid will be lowered.
  - I understand that I do not have to participate in \_\_\_\_\_ (activity) at this time, but I agree to go to this \_\_\_\_\_ (type) activity and complete it. My Welfare to Work worker has explained this activity to me. I understand that if I stop participating in this activity without the county deciding if I have a good reason, my cash aid will not be lowered, but I may not be allowed to participate in Welfare to Work for a period of time.
- I understand that if I do not attend \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [activity(s)] as required by Welfare to Work or make satisfactory progress in my assigned activity, Welfare to Work will determine why, and I may have to go to a different activity. I understand that I am required to give proof of satisfactory progress in my activity (s) to my Welfare to Work worker by the date(s) listed below.
- Activity: \_\_\_\_\_ Date Proof is Due: \_\_\_\_\_
- Activity: \_\_\_\_\_ Date Proof is Due: \_\_\_\_\_
- I understand that I have up to 30 days to ask for a change in my activity once it starts. I understand that I can change my activity this way only one time during my participation in Welfare to Work. If Welfare to Work agrees to the change, I know I will have to sign a new Activity Assignment.

## LOCATION AND SCHEDULE

Activity _____	Activity _____
Begins: _____ Expected to end: _____	Begins: _____ Expected to end: _____
Location and Schedule: _____	Location and Schedule: _____

- Welfare to Work will send me the location and schedule for my activity \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_ (date).
- I will go to \_\_\_\_\_ (location) on/by \_\_\_\_\_ (date) to get my activity \_\_\_\_\_ location and/or schedule.
- I will give my Welfare to Work worker a copy of my \_\_\_\_\_ (activity) schedule by \_\_\_\_\_ (date). I will tell my Welfare to Work worker if any changes are made and give my Welfare to Work worker a copy of the changes if required.

## SUPPORTIVE SERVICES

Welfare to Work will pay for supportive services (child care; transportation; and work, education, and training related expenses) if I need them to participate in Welfare to Work and Welfare to Work rules allow for them.

I have reviewed my need for Welfare to Work supportive services with my Welfare to Work worker. I understand that I do not have to participate until the supportive services I need have been arranged. 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. I understand that if Welfare to Work pays for supportive services that are more than what I need to participate in Welfare to Work, I will have to pay Welfare to Work back.

---

---

**CERTIFICATION**

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

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

I understand that I get an 18- 24-month time limit for participation in Welfare to Work activities that begins when I sign, or refuse to sign without a good reason, my first Welfare to Work plan. If I have any questions about the 18- or 24-month time limit, I can ask my Welfare to Work caseworker.

I understand that I can request an alternative service provider if I object to the religious character of the provider to which I have been assigned.

I understand that participation in any religious activity offered by a service provider is voluntary.

---

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) - ASIGNACION DE ACTIVIDADES

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

## ACTIVIDAD

- Mi actividad asignada es \_\_\_\_\_ . Entiendo que si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado decide que no tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
  - También tengo que participar en \_\_\_\_\_ (actividad). Si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado decide que no tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
  - Entiendo que no tengo que participar en la actividad de \_\_\_\_\_ por ahora, pero estoy de acuerdo en participar en este tipo de actividad \_\_\_\_\_, y completarla. Mi trabajador de WTW me explicó esta actividad. Entiendo que si dejo de participar en esta actividad sin que el condado decida que tengo un motivo justificado para no participar, no se reducirá mi asistencia monetaria, pero es posible que no se me permita participar en WTW por un período de tiempo.
- Entiendo que si no asisto a la actividad(es) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de la manera en que lo requiere WTW, o si no progreso de una manera satisfactoria en mi actividad asignada, WTW determinará la razón, y es posible que tenga que participar en otra actividad diferente. Entiendo que en las fechas que se anotan a continuación tengo que presentarle a mi trabajador de WTW pruebas de que estoy progresando de una manera satisfactoria.

Actividad: \_\_\_\_\_ Fecha en que se debe presentar la prueba: \_\_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_ Fecha en que se debe presentar la prueba: \_\_\_\_\_

- Entiendo que tengo hasta 30 días para pedir un cambio en mi actividad, una vez que ésta comience. Entiendo que solamente puedo cambiar mi actividad una vez durante el tiempo que participe en WTW. Si WTW está de acuerdo con el cambio, sé que tendré que firmar un nuevo "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work - WTW) - Asignación de actividades" (de aquí en adelante llamado "Asignación de actividades").

## LUGAR Y HORARIO

Actividad: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

Comienza: \_\_\_\_\_ Se espera que termine: \_\_\_\_\_ Comienza: \_\_\_\_\_ Se espera que termine: \_\_\_\_\_

Lugar y horario: \_\_\_\_\_ Lugar y horario: \_\_\_\_\_

- WTW me notificará del lugar y horario de mi actividad \_\_\_\_\_ a más tardar en \_\_\_\_\_ (fecha).
- Iré a \_\_\_\_\_ (lugar) en/a más tardar en \_\_\_\_\_ (fecha) a fin de obtener información sobre el lugar y/u horario de mi actividad de \_\_\_\_\_.
- Le daré a mi trabajador de WTW una copia del horario de mi actividad de \_\_\_\_\_ a más tardar en \_\_\_\_\_ (fecha). Le avisaré a mi trabajador de WTW si hay algún cambio y también le daré una copia de los cambios, si así lo requiere.

## SERVICIOS DE APOYO

WTW pagará los servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y gastos relacionados al trabajo, educación, y entrenamiento) si los necesito para participar en WTW y las reglas de WTW los permiten.

He revisado mi necesidad de servicios de apoyo de WTW con mi trabajador de WTW. Entiendo que no tengo que participar hasta que se hagan los arreglos específicos para que reciba los servicios de apoyo que necesito. Entiendo que tengo que informarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi necesidad de servicios de apoyo, o si dejo de necesitarlos. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagarlos. Entiendo que si WTW paga por más servicios de apoyo de los que necesito para participar en WTW, tendré que reembolsar el costo de estos servicios.

---

---

**CERTIFICACION**

Entiendo que mi plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo incluye este formulario, el "Plan de WTW - Derechos y responsabilidades", y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW)". 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. He recibido un ejemplar de dicho manual. Entiendo que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta. Entiendo que tengo tres días hábiles para considerar las condiciones de esta "Asignación de actividades" una vez que la firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de esta "Asignación de actividades", tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar para \_\_\_\_\_ (fecha). Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, esta "Asignación de actividades" se considerará final. Si WTW está de acuerdo en cambiar esta "Asignación de actividades", y firmo una nueva, entiendo que la nueva "Asignación de actividades" se considerará final.

He leído (o se me ha leído) y entiendo esta "Asignación de actividades" y he recibido una copia de la misma. Si no cumplo con mis responsabilidades sin tener un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que pudieran reducir mi asistencia monetaria.

Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción del condado en cuanto 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 local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública llamando al número de teléfono (     ) \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo un límite de 18 - 24 meses para participar en las actividades de WTW, el cual empieza cuando yo firme mi primer plan de WTW, o cuando me rehúse a firmarlo sin un motivo justificado. Si tengo alguna pregunta sobre el límite de 18 - 24 meses, puedo comunicarme con mi trabajador de WTW.

Entiendo que puedo pedir un proveedor de servicios alternativo si me opongo al carácter religioso del proveedor al cual yo haya sido asignado.

Entiendo que es voluntaria la participación en cualquier actividad religiosa que ofrezca un proveedor de servicios.

FIRMA DEL PARTICIPANTE		FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW	TELEFONO	FECHA

---

---