

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-143

DATE

05-05-2004

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 34 (4/04) English and Spanish
Welfare To Work Family Reunification Plan**

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 4/04	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM- REQUIRED FORM-
 No Change Permitted 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 4/04

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, 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.

WELFARE TO WORK FAMILY REUNIFICATION PLAN

 PARTICIPANT NAME:

 CASE NAME:

 CASE NUMBER:

 IDENTIFICATION NUMBER:

 WELFARE TO WORK WORKER NAME:

As of _____, your cash aid was reduced because all of your children were removed from your assistance unit. You were informed of this action in a separate notice on _____.

You may still participate in the California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) Welfare to Work program because the county has determined that your participation will assist to reunify your family.

The CalWORKs Welfare to Work services that you need to reunify your family will be provided:

- As part of a family reunification plan. If you have any questions about this plan, please call your child welfare worker at () _____.
- As part of a family reunification plan and as part of a CalWORKs Welfare to Work plan. If you have any questions about the family reunification plan, please call your child welfare worker at () _____. If you have any questions about the Welfare to Work plan, please call your Welfare to Work worker at () _____.
- As part of a CalWORKs Welfare to Work plan. If you have any questions about this plan, please call your Welfare to Work worker at () _____.

State Hearing: You have the right to ask for a state hearing if you disagree with any of the decisions made by the county about participating in Welfare to Work.

Rules: These rules apply to the above action(s): Manual of Policies and Procedures Section 42-711.51 and 42-711.6. You may review them at your welfare office.

YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got.

To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: Cash Aid Food Stamps Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

Welfare to Work:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

Cal-Learn:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

Child and/or Medical Support: The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

TO ASK FOR A HEARING:

- Fill out this page.
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- Send or take this page to:

OR

- Call toll free: 1-800-952-5253 or for hearing or speech impaired who use TDD, 1-800-952-8349.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

Cash Aid Food Stamps Medi-Cal

Other (list) _____

Here's Why: _____

If you need more space, check here and add a page.

I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED

BIRTH DATE

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

SIGNATURE

DATE

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM

PHONE NUMBER

I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

**PLAN PARA LA REUNIFICACION DE FAMILIAS
EN RELACION AL PROGRAMA PARA LA
TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL
TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW)**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE DEL CASO:

NUMERO DEL CASO:

NUMERO DE IDENTIFICACION:

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW:

A partir de _____, su asistencia monetaria fue reducida debido a que todos sus hijos fueron quitados de su unidad de asistencia. Usted fue informado de esta acción en una notificación por separado en _____.

Usted todavía puede participar en el Programa de WTW, el cual forma parte del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), debido a que el condado ha determinado que su participación ayudará a reunificar a su familia.

Los servicios de WTW de CalWORKs que usted necesita para reunificar a su familia se proporcionarán:

- como parte de un plan para la reunificación de familias. Si tiene alguna pregunta sobre este plan, por favor llame a su trabajador para el bienestar de los niños al () _____.
- como parte de un plan para la reunificación de familias y como parte de un plan de WTW de CalWORKs. Si tiene alguna pregunta sobre el plan para la reunificación de familias, por favor llame a su trabajador para el bienestar de los niños al () _____. Si tiene alguna pregunta sobre el plan de WTW, por favor llame a su trabajador de WTW al () _____.
- como parte de un plan de WTW de CalWORKs. Si tiene alguna pregunta sobre este plan, por favor llame a su trabajador de WTW al () _____.

Audiencia con el Estado: Usted tiene derecho a solicitar una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con alguna decisión que el condado tome sobre su participación en WTW.

Reglas: Las siguientes reglas son pertinentes a la acción (o acciones) mencionada anteriormente: las Secciones 42-711.51 y 42-711.6 del "Manual de prácticas y procedimientos". Usted puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACION

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].**)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- **Envíe o lleve esta hoja a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al **1-800-952-8349.**

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.

Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NUMERO DE TELEFONO

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL