

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-225**

DATE

08-03-2004

**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 8 (6/04) English and Spanish**  
**Student financial Aid Statement Welfare-to-Work Supportive Services**

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 6/04	REPLACES 1/98	<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 immediately

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).

## STUDENT FINANCIAL AID STATEMENT WELFARE-TO-WORK SUPPORTIVE SERVICES

COUNTY \_\_\_\_\_

CASE NAME \_\_\_\_\_

PARTICIPANT'S NAME \_\_\_\_\_

WORKER'S NAME \_\_\_\_\_

Welfare-to-Work pays for items you need to do your assigned Welfare-to-Work activities or to work. These supportive services are child care, transportation, ancillary expenses (such as tools, uniforms, books or school supplies) and personal counseling. If necessary supportive services are not available, you will have good cause for not participating.

**I understand that I do not have to use any part of my student financial aid (student grant, loan or work/study grants) to pay for the supportive services that I can get from Welfare-to-Work.**

I understand that I may choose to use some or all of my student financial aid to pay for the supportive services that I can get from CalWORKs while I am in Welfare-to-Work.

I understand that if I agree to use some or all of my student financial aid for my supportive services:

- I can change my mind at any time and stop using these funds for my supportive services.
- If I change my mind, the county will again pay for my supportive services. I must complete Part B of this form.
- If I change my mind, the county will not pay for the expenses I agreed to pay for before I told the county I changed my mind.

### PART A: VOLUNTARY USE OF FINANCIAL AID FUNDS FOR SUPPORTIVE SERVICES THAT CAN BE PAID FOR BY CalWORKs

**NO.** I do not want to use my financial aid to pay for supportive services.

**YES.** I voluntarily agree to use my financial aid to pay for supportive services, as follows:

Child Care \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ beginning \_\_\_\_\_ and ending \_\_\_\_\_

Transportation \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ beginning \_\_\_\_\_ and ending \_\_\_\_\_

Ancillary \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ beginning \_\_\_\_\_ and ending \_\_\_\_\_

Personal Counseling \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ beginning \_\_\_\_\_ and ending \_\_\_\_\_

I CERTIFY THAT I UNDERSTAND THIS FORM AND THAT THE ABOVE STATEMENT IS TRUE AND CORRECT.

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I CERTIFY THAT I INFORMED THE PARTICIPANT THAT USE OF FINANCIAL AID TO PAY FOR SUPPORTIVE SERVICES THAT CAN BE PAID FOR BY CalWORKs IS VOLUNTARY AND I HAVE PROVIDED A COPY OF THE COMPLETED FORM TO THE PARTICIPANT.

Signature of county worker receiving Part A: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### PART B: ENDING VOLUNTARY USE OF FINANCIAL AID FOR SUPPORTIVE SERVICES

**STOP.** I no longer want to use my student financial aid to pay for supportive services.

I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE STATEMENT IS TRUE AND CORRECT.

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

The county received Part B on \_\_\_\_\_. You will get a notice telling you what supportive services the county can pay for. You also will receive a copy of this form when it is completed.

Signature of county worker receiving Part B: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DECLARACION SOBRE LA ASISTENCIA ECONOMICA PARA ESTUDIANTES SERVICIOS DE APOYO DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO**

CONDADO
NOMBRE DEL CASO
NOMBRE DEL PARTICIPANTE
NOMBRE DEL TRABAJADOR

Los servicios de apoyo del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) pagan por lo que necesita para llevar a cabo el trabajo o actividades asignadas de WTW. Estos servicios de apoyo son el cuidado de niños, transporte, gastos suplementales (como herramientas, uniformes, libros o materiales escolares), y orientación personal. Si los servicios de apoyo que necesita no están disponibles, usted tiene un motivo justificado para no participar.

**Entiendo que no tengo que usar ninguna parte de mi asistencia económica para estudiantes (subvención para estudiantes, préstamos o subvenciones relacionadas al trabajo/estudio) para pagar los servicios de apoyo que puedo obtener de WTW.**

Entiendo que puedo escoger el usar parte o toda mi asistencia económica para estudiantes para pagar los servicios de apoyo que puedo recibir de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) mientras esté en el WTW.

Entiendo que si estoy de acuerdo en usar parte o toda mi asistencia económica para estudiantes para mis servicios de apoyo:

- puedo cambiar de opinión en cualquier momento y dejar de usar esos fondos para mis servicios de apoyo.
- si cambio de opinión, el condado pagará por mis servicios de apoyo otra vez. Para que esto suceda, yo tengo que completar la Parte B de este formulario.
- si cambio de opinión, el condado no pagará los gastos que yo acordé pagar antes de decirle al condado que cambié de opinión.

**PARTE A: USO VOLUNTARIO DE LOS FONDOS DE ASISTENCIA ECONOMICA PARA SERVICIOS DE APOYO QUE CalWORKs PUEDE PAGAR**

**NO.** Yo no quiero usar mi asistencia económica para pagar los servicios de apoyo.

**SI.** Yo voluntariamente estoy de acuerdo en usar mi asistencia económica para estudiantes para pagar los servicios de apoyo, como aparece a continuación:

Cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_

Transporte \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_

Gastos suplementales \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_

Orientación Personal \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ empezando \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y QUE LA DECLARACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE HE INFORMADO AL PARTICIPANTE QUE EL USO DE LA ASISTENCIA ECONOMICA PARA PAGAR LOS SERVICIOS DE APOYO QUE PUEDEN SER PAGADOS POR CalWORKs ES VOLUNTARIO Y LE HE PROPORCIONADO UNA COPIA DEL FORMULARIO COMPLETADO AL PARTICIPANTE.

Firma del trabajador del condado que recibe la Parte A: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE B: TERMINAR EL USO VOLUNTARIO DE LA ASISTENCIA ECONOMICA PARA LOS SERVICIOS DE APOYO**

**PAREN.** Ya no quiero usar mi asistencia económica para estudiantes para pagar los servicios de apoyo.

CERTIFICO QUE LA DECLARACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El condado recibió la Parte B en \_\_\_\_\_. Usted recibirá una notificación indicándole qué servicios de apoyo puede pagar el condado. También recibirá una copia de este formulario cuando se haya completado.

Firma del trabajador del condado que recibe la Parte B: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_