

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-227

DATE

08-04-2004

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 CW 2186B (6/04) English and Spanish
CalWORKs and Welfare To Work Time Limit Exemption Determination

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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 6/04	REPLACES 4/04	<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, NA BACK 9.

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.

CalWORKs and WELFARE TO WORK TIME LIMIT EXEMPTION DETERMINATION

COUNTY	
CASE NAME	
CASE NO.	OTHER ID NO.
WORKER NAME	

Questions? Ask your worker.

Date _____

On _____, _____ requested an exemption, and the county made the following determination: (DATE) (NAME)

A. WELFARE TO WORK PARTICIPATION (WTW) EXEMPTIONS

- 1. The exemption is APPROVED.

He/she will not be required to participate in Welfare to Work. His/her exemption will end on _____ (DATE). If his/her exemption should continue, he/she must provide information to show that it should continue, before the ending date above, or he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

He/she can ask to volunteer to participate in Welfare to Work and will be told what activities and/or services are available.

Reason for exemption from Welfare to Work participation: _____

His/her condition may be looked at again to see if he/she continues to be exempt. If he/she is no longer exempt, he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

- 2. The exemption is DENIED.

He/she is required to participate in Welfare to Work. He/she will get a notice from the county telling him/her when to attend the Welfare to Work activities and/or services.

Reason for Denial: _____

B. CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXEMPTIONS

- 1. The exemption is APPROVED.

Each month of aid for the period that his/her condition or circumstance lasts will not count toward the CalWORKs 60-month time limit. His/her exemption will end on _____ (DATE). If his/her exemption should continue, he/she must provide information to show that it should continue, before the ending date above, or he/she will be expected to participate in Welfare to Work.

Reason for exemption: _____

His/her condition may be looked at again to see if he/she continues to be exempt. If he/she is no longer exempt, each month of aid will count toward the 60-month time limit.

- 2. The exemption is DENIED.

Each month of aid will continue to count toward the CalWORKs 60-month time limit.

Reason for Denial: _____

CONTACT YOUR WORKER IF YOU THINK THIS NOTICE IS WRONG. YOU MAY ALSO ASK FOR A STATE HEARING. "YOUR HEARING RIGHTS" FORM ON THE BACK SIDE OF THIS PAGE TELLS YOU HOW TO ASK FOR A STATE HEARING.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 42-302.1, 42- 302.2, 42-302.21, 42-302.3 - .34, 42-710, and 42-712.

DETERMINACION SOBRE LAS EXENCIONES EN EL LIMITE DE TIEMPO DE LOS PROGRAMAS DE CalWORKs* Y "WELFARE TO WORK" **

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NO. DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Fecha _____

En _____ (FECHA), _____ (NOMBRE) solicitó una exención, y el condado hizo la siguiente determinación:

A. EXENCIONES PARA LA PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE "WELFARE TO WORK" (WTW)

1. Se APRUEBA la exención.

No se requerirá que él o ella participe en el Programa de WTW. La exención de él o ella termina en _____ (FECHA).

Si la exención debe continuar, él o ella tiene que proporcionar información para indicar que la exención debe continuar, antes de la fecha límite anotada anteriormente o de otra manera, él o ella tendrá que participar en WTW.

El/ella puede pedir que se le permita participar en actividades de WTW como voluntario(a) y se le dirá qué actividades y/o servicios están disponibles.

La razón para la exención de la participación en WTW: _____

Es posible que la condición de él o ella sea evaluada otra vez para determinar si continúa siendo elegible para la exención. Si él o ella ya no es elegible para la exención, él o ella tendrá que participar en WTW.

2. Se NIEGA la exención.

Se requiere que él o ella participe en el Programa de WTW. El/ella recibirá una notificación del condado informándole cuándo debe asistir a la actividad y/o servicios de WTW.

Razón de la negación: _____

B. EXENCIONES EN EL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA DE CalWORKs

1. Se APRUEBA la exención.

No se contará hacia el límite de tiempo de 60 meses correspondiente al Programa de CalWORKs ningún mes de asistencia para el período durante el cual dure la condición o circunstancias. La exención termina en _____ (FECHA).

Si la exención debe continuar, él o ella tiene que proporcionar información para indicar que la exención debe continuar, antes de la fecha límite anotada anteriormente o de otra manera, él o ella tendrá que participar en WTW.

Razón para la exención: _____

Es posible que al condición de él o ella sea evaluada otra vez para determinar si continúa siendo elegible para la exención. Si él o ella ya no es elegible para la exención, cada mes que reciba asistencia contará hacia el límite de tiempo de 60 meses.

2. Se NIEGA la exención.

Cada mes de asistencia seguirá contando hacia el límite de tiempo de 60 meses correspondiente al Programa de CalWORKs.

Razón de la negación: _____

COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR SI CREE QUE ESTA NOTIFICACION ESTA EQUIVOCADA. TAMBIEN PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO SOBRE SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA, EL CUAL APARECE EN LA SIGUIENTE PAGINA, LE EXPLICA COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-302.1, 42-302.2, 42-302.21, 42-302.3 - .34, 42-710, y 42-712.