

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-276

DATE

10/01/2004

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 2190A (6/04) English and Spanish
CalWORKs 60-Month Time Limit Extender Request Form

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 6/04	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 6/04

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, two 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.

CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXTENDER REQUEST FORM

PLEASE PRINT

YOUR NAME		COUNTY USE ONLY	
ADDRESS STREET		COUNTY	
CITY	ZIP	CASE NAME	
PHONE ()		CASE NO.	OTHER ID NO.
QUESTIONS? ASK YOUR WORKER.		WORKER NAME	

Beginning January 1, 1998, most adults cannot receive aid for more than a total of 60 months (5 years) from the CalWORKs program. (This includes aid received from other states' Federal Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Programs on and after January 1998.) However, aid can be provided beyond the CalWORKs 60-month time limit, if **you** and **all** parents, aided stepparents, and/or caretaker relatives in the home meet one of the conditions listed below.

If you answer "Yes" to any of these questions, you may be extended on aid. Please answer all the questions. This form cannot be completed by the county. **Please be sure to sign and date the back of this form.** You may need to send more information to help the county decide if you can be extended on aid.

YES NO CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXTENDERS

- 1. Are you staying at home to take care of someone in the household who cannot take care of her/himself, which impairs you from working or participating in welfare-to-work activities?
- 2. Are you the nonparent caretaker relative of a child who is a dependent or ward of the court, or at risk of being placed in foster care?
- 3. Are you receiving benefits from State Disability Insurance (SDI), Worker's Compensation Temporary Disability Insurance (TDI), In-Home Supportive Services (IHSS), or the State Supplemental Program (SSP) and are you unable to work or to participate in a welfare-to-work activity on a regular basis?
- 4. Although you are not getting disability benefits, do you have a physical or mental problem that makes you unable to work or take part in welfare-to-work activities for 20 or more hours per week?

Or

Are you able to work or take part in welfare-to-work activities for 20 or more hours per week even though you have that physical or mental problem, but only because you get help with the problem (like counseling, treatment, or special tutoring)?

(The county will review your past and current records to determine if you qualify for this extender. Aid may be extended if you worked or participated in welfare-to-work in the past.)

CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXTENDER FOR ADVANCED AGE - If you are 60 years of age or older, you may contact your worker to request an extender for advanced age. You do not have to complete this form to request the extender.

OTHER AIDED ADULTS IN THE HOME - All other parents, aided stepparents, and/or caretaker relatives in your home must also qualify for an extender in order for you to be extended on aid. She/he must complete a separate request form. You can be extended on aid if the other adult(s) is not in your assistance unit (AU) and she/he has not received aid for 60 months.

PLEASE READ AND SIGN THE BACK OF THIS FORM.

CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT EXTENDER REQUEST FORM

CalWORKs 60-MONTH TIME LIMIT WAIVER - If you are a victim of domestic abuse and the county has determined that your condition or circumstances prevent or impair your ability to be regularly employed or to take part in welfare-to-work activities, the county may waive the 60-month time limit so you can be extended on aid. You do not have to complete this form to get a waiver to the time limit. You may contact your worker to request a domestic abuse waiver.

- You will be informed whether or not you will be extended on aid and the reason why.
- You may be asked to give the county proof of your reason for requesting the extender.
- If you do not agree with the county, you may ask for a State hearing.
- Your condition may be evaluated again to determine if you can continue to be extended on aid.

YOUR SIGNATURE

DATE

SOLICITUD PARA UNA EXTENSION DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKs

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE.

SU NOMBRE		SOLO PARA USO DEL CONDADO	
DIRECCION	CALLE	COUNTY	
CIUDAD	CODIGO POSTAL	CASE NAME	
TELEFONO ()		CASE NO.	OTHER ID NO.
¿TIENE PREGUNTAS? COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR.		WORKER NAME	

A partir del 1º de enero de 1998, la mayoría de adultos no puede recibir asistencia del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) por más que un total de 60 meses (cinco años). (Esto incluye asistencia proveniente de los programas de otros estados bajo el programa federal de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en o después de enero de 1998.) Sin embargo, es posible recibir asistencia más allá del límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs si **usted** y **todos** los padres, padrastros que reciben asistencia, y/o personas encargadas del cuidado continuo de un familiar cumplen una de las condiciones que aparecen a continuación.

Si contesta "SI" a alguna de estas preguntas, es posible que se pueda extender el período de tiempo durante el cual usted puede recibir asistencia. Por favor, conteste todas las preguntas. El Condado no puede completar este formulario. **Por favor, asegúrese de firmar y poner la fecha en la siguiente página de este formulario.** Es posible que necesitará enviar más información para ayudarle al Condado a determinar si se puede extender el período de tiempo durante el cual usted puede recibir asistencia.

SI NO MOTIVOS JUSTIFICADOS PARA UNA EXTENSION DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CALWORKS

- 1. ¿Se queda en casa para cuidar a alguien en el hogar que no puede cuidarse a sí mismo, y por eso usted no puede trabajar ni participar en actividades de *welfare-to-work*?
- 2. ¿Es usted la persona encargada del cuidado continuo de un niño que no es su hijo y que es dependiente o bajo custodia de la corte, o que corre el riesgo de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal?
- 3. ¿Recibe usted beneficios de Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), compensación por lesiones de trabajo/ingresos por incapacidad temporal (TDI), Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS), o Pagos Suplementarios del Estado (SSP), y le es imposible trabajar o participar regularmente en una actividad de *welfare-to-work*?
- 4. Aunque no recibe beneficios de seguro contra incapacidad, ¿tiene usted un problema físico o mental que le impide trabajar o participar en actividades de *welfare-to-work** por 20 horas o más cada semana?

 ¿Puede usted trabajar o participar en actividades de *welfare-to-work* por 20 horas o más cada semana a pesar de tener un problema físico o mental, pero solamente porque recibe ayuda con este problema (por ejemplo: asesoramiento, tratamiento, o clases especiales y particulares)?
 (El Condado revisará sus expedientes - actuales así como pasados - para determinar si usted reúne los requisitos para recibir esta extensión. Es posible que reciba una extensión si trabajó o participó en actividades de *welfare-to-work** en el pasado.)

EXTENSION DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CALWORKS DEBIDO A LA EDAD AVANZADA - Si usted tiene 60 años de edad o más, puede comunicarse con su trabajador para pedir una extensión debido a su edad avanzada. No tiene que completar este formulario para pedir la extensión.

OTROS ADULTOS EN EL HOGAR QUE RECIBEN ASISTENCIA - Para que sea elegible para una extensión de asistencia, todos los otros padres, padrastros que reciben asistencia, y/o personas encargadas del cuidado continuo de un familiar que viven en el hogar de usted también tienen que reunir los requisitos para una extensión. Esta persona(s) tiene que completar un formulario de solicitud por separado. Usted puede recibir una extensión si el otro adulto(s) no está en su unidad de asistencia (AU) y si él/ella no ha recibido asistencia durante los últimos 60 meses.

POR FAVOR, LEA Y FIRME LA SIGUIENTE PAGINA DE ESTE FORMULARIO.

SOLICITUD PARA UNA EXTENSION DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKs

EXENCION DEL LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKs - Si usted es víctima de abuso doméstico y el Condado ha determinado que su condición o sus circunstancias le impiden tener un empleo regular o participar en actividades de *welfare-to-work*, es posible que el Condado le dé una exención del límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs para extender el período de tiempo durante el cual usted puede recibir asistencia. No tiene que completar este formulario para obtener una exención del límite de tiempo. Puede comunicarse con su trabajador para pedir una exención debido a abuso doméstico.

- Se le informará si va a recibir o no una extensión de su asistencia y se le dirá la razón.
- Es posible que el Condado le pida pruebas de su motivo para solicitar una extensión.
- Si usted no está de acuerdo con el Condado, puede pedir una audiencia con el Estado.
- Es posible que se vuelva a evaluar su condición para determinar si la extensión de su asistencia se puede continuar.

SU FIRMA

FECHA
