

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-302

DATE

11-05-2004

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 1 (9/04) English and Spanish
Welfare To Work Plan Rights and Responsibilities**

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 9/04	REPLACES 4/04	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> 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, 2 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 PLAN RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

This is an overview of the rights and responsibilities of participants in Welfare to Work activities under the California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) Program. Your Welfare to Work Plan tells how you and the county will work together so that you can get and keep a job. Your plan includes this form, the Activity Assignment, and the Welfare to Work Handbook. The Welfare to Work Handbook tells you about Welfare to Work activities, services, and requirements. The Activity Assignment tells you the Welfare to Work activity that you will be participating in.

The county must do certain things to help you while you are in Welfare to Work. The county must explain Welfare to Work to you and answer any questions.

 PARTICIPANT NAME

 CASE NAME

 CASE NUMBER

 I.D. NUMBER

The county must help you arrange and pay for child care, transportation, and work and training expenses. If necessary, the county can make advance payments to you for these supportive services.

This plan and any changes to it will apply to you and the county as long as you participate in Welfare to Work. But, the county may have to change or stop all or part of this plan if: 1) there are changes in law or regulations; 2) the county cannot get or pay for services from the provider or 3) you stop receiving cash aid under the CalWORKs program. The county will inform you of any changes in writing.

YOUR RIGHTS

As a Welfare to Work participant, you have the following rights which will help you take part in Welfare to Work.

You have the right to:

1. Receive direction and support from the county to help you improve your ability to get a job.
2. Receive payment for child care, transportation, and work or training-related expenses if you need it to participate or attend any Welfare to Work appointment or activity. These are called supportive services. If you need them, but do not get them, you may have good cause for not participating.
3. Receive details of your supportive services arrangements in writing.
4. Receive advance payment, if you need it, for approved supportive services.
5. Receive a referral to places that offer personal counseling, mental health, substance abuse, or domestic abuse services if you need it to help you participate.
6. Change your mind about your activity assignment after you sign the Welfare to Work plan. If you change your mind, you must tell your Welfare to Work worker within 3 working days.
7. Not accept a job if the county decides you have a good reason.
8. Not participate if the services you and the county agree you need are not provided.
9. Not participate if the county decides you have any other good reason.
10. Explain the reason if you fail to do what Welfare to Work requires.
11. Have a second chance to cooperate and participate in Welfare to Work through the compliance process.
12. Protest any county action you do not agree with by filing a formal grievance with the county or asking for a State hearing by calling 1-800-952-5253, or for the hearing or speech impaired who use TDD, call 1-800-952-8349.
13. Seek legal advice at anytime regarding your participation in Welfare to Work from your local legal aid or welfare rights office by calling () _____.
PHONE NUMBER
14. Be sent by the county, without asking, to a third party assessment if you and the county cannot agree on the parts of your Welfare to Work plan that are based on the assessment of your skills and needs.
15. Request an alternative service provider if you object to the religious character of any provider to which you have been assigned.
16. Refuse to participate in any religious activity offered by a service provider. Participation in such an activity is voluntary.

YOUR RESPONSIBILITIES

As a Welfare to Work participant, you also have the following responsibilities to make sure Welfare to Work works for you.

You must:

1. Accept a job if you get an offer unless you have a good reason not to.
2. If working, keep the job and not lower your earnings.
3. Sign activity assignments which tell how you and the county will work together while you participate.
4. Participate as described in your Welfare to Work plan unless you have a good reason.
5. Choose and arrange for supportive services. The county will help you.
6. Sign up for subsidized child care if you will need it. The county will tell you how.
7. Ask your Welfare to Work worker if you have any questions about Welfare to Work.
8. Tell your Welfare to Work worker of changes that may affect your participation.
9. Tell your Welfare to Work worker right away of changes in your need for supportive services. This includes changes in child care providers. If you don't tell the county in advance, the county may not be able to pay for the services that change.
10. Pay Welfare to Work back for any supportive services payments you got, but you did not need or you were not eligible to get.
11. Call or go to the county when they ask you to.
12. Provide proof of satisfactory progress in your assigned activity if required by your county.
13. Read (or have read or explained to you) and understand the Welfare to Work Handbook.

QUESTIONS?

The Welfare to Work Handbook gives you more information on your rights and responsibilities. If you have any questions, be sure to check the Welfare to Work Handbook or call your Welfare to Work worker at the number shown below.

CERTIFICATION

I understand that the purpose of Welfare to Work is to help me prepare for work and find a job.

I have read (or had read or explained to me) and understand this Rights and Responsibilities form. I have received a Welfare to Work Handbook. I know that I have certain rights and responsibilities as a participant in Welfare to Work. I know that I must meet all my responsibilities as a Welfare to Work participant. If I fail to meet my responsibilities without good reason, I know that there are certain penalties and that my cash aid may be affected.

PARTICIPANT'S SIGNATURE:		DATE:
WELFARE TO WORK WORKER'S SIGNATURE:	PHONE:	DATE:

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACION AL PLAN DE WTW

Este es un resumen general de los derechos y responsabilidades de los que participan en las actividades del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) bajo el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Su plan de WTW explica la manera en que usted y el condado colaborarán para que usted pueda obtener y conservar un empleo. Su plan incluye este formulario, la asignación de actividades, y el Manual de WTW. El Manual de WTW le describe las actividades, servicios y requisitos de WTW. La asignación de actividades le indica la actividad de WTW en la cual usted participará.

El condado tiene que hacer ciertas cosas para ayudarle mientras usted participa en WTW. El condado tiene que explicarle el Programa de WTW y contestar las preguntas que tenga.

 NOMBRE DEL PARTICIPANTE

 NOMBRE DEL CASO

 NUMERO DEL CASO

 NUMERO DE IDENTIFICACION

El condado tiene que ayudarle a hacer los arreglos para el cuidado de niños y pagar por el cuidado, transporte, y gastos relacionados al trabajo y entrenamiento. Si es necesario, el condado puede darle pagos por adelantado para pagar estos servicios de apoyo.

Este plan y cualquier cambio que se le haga serán pertinentes para usted y el condado mientras que usted participe en WTW. Pero es posible que el condado tenga que cambiar o cancelar todo o parte de este plan si: 1) hay cambios en las leyes u ordenamientos; 2) el condado no puede obtener ni puede pagar servicios del proveedor; o 3) usted deja de recibir asistencia monetaria bajo el Programa de CalWORKs. El condado le informará por escrito acerca de cualquier cambio.

SUS DERECHOS

Como participante de WTW, usted tiene los siguientes derechos, los cuales le ayudarán a participar en WTW.

Usted tiene derecho a:

1. Recibir guía y apoyo del condado para ayudarle a mejorar su capacidad para obtener un empleo.
2. Recibir pago para el cuidado de niños, transporte, y gastos relacionados al trabajo o entrenamiento, si lo necesita para poder participar o asistir a una cita o actividad de WTW. A estos se les llama servicios de apoyo. Si necesita estos servicios, pero no los puede recibir, es posible que usted tenga un motivo justificado para no participar.
3. Recibir detalles por escrito acerca de sus arreglos para los servicios de apoyo.
4. Recibir pago por adelantado, si lo necesita, para los servicios de apoyo aprobados.
5. Que le recomienden lugares que ofrecen orientación personal o servicios para la salud mental, el abuso de sustancias, o de violencia doméstica, si lo necesita para ayudarle a participar.
6. Cambiar de opinión respecto a la asignación de actividades después de firmar el plan de WTW. Si cambia de opinión, tiene que avisarle a su trabajador de WTW antes de que pasen 3 días hábiles.
7. No aceptar un empleo si el condado determina que usted tiene un motivo justificado.
8. No participar si los servicios que usted y el condado han acordado que usted necesita no están disponibles.
9. No participar si el condado determina que usted tiene algún otro motivo justificado.
10. Explicar las razones si no hace lo que WTW requiere que haga.
11. Tener una segunda oportunidad para cooperar y participar en WTW por medio del proceso de cumplimiento.
12. Protestar contra cualquier acción del condado con la cual no esté de acuerdo presentando una queja formal al condado o pidiendo una audiencia con el estado llamando al 1-800-952-5253, o las personas con problemas de sordera o del habla pueden llamar al 1-800-952-8349 utilizando el aparato de telecomunicaciones para las personas sordas o mudas (TDD).
13. Buscar asesoramiento legal en cualquier momento en las oficinas locales de asesoramiento legal o derechos relacionados a su participación en WTW llamando al () _____.
NUMERO DE TELEFONO
14. Que el condado le envíe, sin que usted lo pida, a una evaluación por una tercera persona si usted y el condado no pueden llegar a un acuerdo en relación a las partes de su plan de WTW basadas en la evaluación de sus habilidades y necesidades.
15. Solicitar un proveedor de servicios alternativo si usted tiene alguna objeción al carácter religioso de cualquier proveedor que le ha sido asignado.
16. Rehusarse a participar en cualquier actividad religiosa que ofrece el proveedor de servicios. Participar en dichas actividades es voluntario.

SUS RESPONSABILIDADES

Como participante de WTW, usted también tiene las siguientes responsabilidades para asegurarse de que WTW funcione para usted.

Usted tiene que:

1. Aceptar un empleo si se lo ofrecen, a menos que tenga un motivo justificado para no aceptarlo.
2. Conservar su empleo y no reducir sus ingresos ganados, si está trabajando.
3. Firmar asignaciones de actividades que le indiquen la forma en que usted y el condado colaborarán mientras usted participa.
4. Participar de la manera en que se describe en su plan de WTW, a menos que tenga un motivo justificado para no hacerlo.
5. Escoger y hacer arreglos para obtener servicios de apoyo. El condado le ayudará.
6. Solicitar cuidado de niños subsidiado si cree que lo va a necesitar. El condado le informará cómo hacerlo.
7. Preguntar a su trabajador de WTW si tiene alguna pregunta sobre WTW.
8. Informar a su trabajador de WTW sobre cualquier cambio que pueda afectar su participación.
9. Informar inmediatamente a su trabajador de WTW sobre cualquier cambio que surja respecto a su necesidad de servicios de apoyo. Esto incluye cambios en proveedores de cuidado de niños. Si no le informa al condado por adelantado, es posible que el condado no pueda pagar los servicios que cambien.
10. Reembolsar a WTW los pagos que usted haya recibido para servicios de apoyo que no necesitaba o para los cuales no reunía los requisitos.
11. Llamar o ir a la oficina del condado cuando ellos le pidan que lo haga.
12. Proporcionar pruebas de un progreso satisfactorio en su actividad asignada si es que el condado lo requiere.
13. Leer (o pedirle a alguien que le lea o explique) y entender el Manual de WTW.

¿TIENE PREGUNTAS?

El Manual de WTW le proporciona más información acerca de sus derechos y responsabilidades. Si tiene alguna pregunta, asegúrese de revisar el Manual de WTW o llame a su trabajador de WTW al número que aparece a continuación.

CERTIFICACION

Entiendo que el propósito de WTW es ayudar a prepararme para trabajar y encontrar un empleo.

He leído (o alguien me ha leído o explicado) y entiendo este formulario sobre mis derechos y responsabilidades. He recibido un ejemplar del Manual de WTW. Entiendo que como participante de WTW, tengo ciertos derechos y responsabilidades. Entiendo que tengo que cumplir con todas mis responsabilidades como participante de WTW. Si no tengo un motivo justificado para no cumplir con mis responsabilidades, entiendo que existen ciertas sanciones y que es posible que mi asistencia monetaria resulte afectada.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:		FECHA:
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW:	TELEFONO:	FECHA:
