

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-141

DATE

11-01-2005

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 **CCP 7 (10/05) English and Spanish
CalWORKs Stage One child Care Informing Notice and 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 type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 10/05	REPLACES 3/05	<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, 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) 651-8876 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

CalWORKs STAGE ONE CHILD CARE INFORMING NOTICE AND REQUEST FORM

If you are a California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) recipient and you are employed or attending a welfare-to-work activity, you may be eligible for paid child care. Child care payments in Stage One cannot go back more than 30 calendar days from the date you request paid child care from your worker. In order to receive paid child care in Stage One, you must be determined eligible and your provider has to meet certain requirements. If you change child care providers you must also inform your worker within 30 days from the first day you receive services from your provider.

You must sign and return this form to your worker. You may also use this form to request paid child care if you need it at this time.

Please check one of the following:

- I need paid child care assistance at this time so that I can go to work or attend my welfare-to-work activity.
- I do not need paid child care at this time. I understand that I must request paid child care from my worker if I need it in the future.

I understand that as a CalWORKs recipient, paid child care is available to me to work and attend my welfare-to-work activity. If I need assistance to find and/or choose a child care provider, I can contact the local Child Care Resource and Referral agency listed below:

Name: _____ Telephone: (_____) _____

Address: _____

I understand that I must inform my worker as soon as I have a need for paid child care and each time I change providers.

I understand that CalWORKs will help me pay for child care only after I request paid child care. My worker's telephone number is: (_____) _____ .

I understand that after I ask for help paying for child care, I will have to give my worker certain information within 30 calendar days to see whether or not I am eligible. If I cannot get the information, I can ask my worker for help to get the information I need. If I do not give my worker this information within 30 calendar days, my child care request may be denied.

I understand that I need to request paid child care within 30 calendar days from the first day I receive services from my provider. This way, my child care provider can be paid for the services s/he provides to me. I understand that I will be responsible for any child care services I receive before the 30 calendar day period.

I understand that my child care provider has to meet certain requirements in order to get paid, and I must pay for any child care services I receive if my child care provider does not meet these requirements.

I understand that I must be determined eligible in order to receive paid child care.

I have read this notice or have had it read to me, and I understand that if I have any questions or need additional information regarding this notice, I can ask my worker.

CASE NAME	CASE NO.
SIGNATURE	DATE
WORKER NAME	PHONE

AVISO INFORMATIVO Y FORMULARIO PARA SOLICITAR CUIDADO DE NIÑOS PAGADO DURANTE LA PRIMERA ETAPA DE CalWORKs

Si usted recibe beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) y está trabajando o asistiendo a una actividad para la transición de la asistencia pública al trabajo (conocida en inglés como “welfare-to-work”), es posible que sea elegible para recibir cuidado de niños pagado. No puede recibir pagos para el cuidado de niños durante la primera etapa para ningún período de tiempo que sea más de 30 días consecutivos antes de la fecha en que usted solicite a su trabajador pago para el cuidado de niños. Para recibir cuidado de niños pagado durante la primera etapa, se tiene que determinar que usted es elegible y su proveedor tiene que cumplir ciertos requisitos. Si cambia de proveedor de cuidado de niños, también tiene que informarle a su trabajador antes de que pasen 30 días a partir del primer día que usted reciba servicios de su proveedor.

Usted tiene que firmar y devolverle este formulario a su trabajador. También puede usar este formulario para solicitar cuidado de niños pagado si lo necesita en este momento.

Por favor, marque uno de los siguientes:

- En este momento necesito asistencia para pagar el cuidado de niños para poder ir a trabajar o asistir a mi actividad de *welfare-to-work*.
- En este momento no necesito cuidado de niños pagado. Entiendo que si en el futuro necesito cuidado de niños pagado, tendré que solicitarlo a mi trabajador.

Entiendo que como beneficiario de CalWORKs, el cuidado de niños pagado está disponible para que yo pueda trabajar y asistir a mi actividad de *welfare-to-work*. Si necesito ayuda para encontrar y/o seleccionar un proveedor de cuidado de niños, puedo comunicarme con la oficina local de recursos e información sobre el cuidado de niños que se indica a continuación:

Nombre: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Entiendo que tengo que avisarle inmediatamente a mi trabajador cuando tenga la necesidad de cuidado de niños pagado y también cada vez que cambie de proveedor de cuidado de niños.

Entiendo que el Programa de CalWORKs me ayudará a pagar el cuidado de niños solamente después de que yo haya solicitado cuidado de niños pagado. El número de teléfono de mi trabajador es: (_____) _____.

Entiendo que después de solicitar asistencia para pagar el cuidado de niños, tendré que proporcionarle cierta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos para ver si soy elegible. Si no puedo obtener la información, puedo pedirle a mi trabajador que me ayude a obtener la información que necesito. Si no le doy esta información a mi trabajador antes de que pasen 30 días consecutivos, es posible que se niegue mi solicitud para cuidado de niños.

Entiendo que necesito solicitar cuidado de niños pagado antes de que pasen 30 días consecutivos a partir del primer día que reciba servicios de mi proveedor de cuidado de niños. De esta manera, se le podrá pagar a mi proveedor por los servicios que me proporcione. Entiendo que seré responsable de cualquier servicio de cuidado de niños que yo reciba antes del período de 30 días consecutivos.

Entiendo que mi proveedor de cuidado de niños tiene que cumplir ciertos requisitos para que se le pueda pagar. También entiendo que tendré que pagar por cualquier servicio de cuidado de niños que yo reciba si mi proveedor de cuidado no cumple estos requisitos.

Entiendo que se tiene que determinar que soy elegible para que yo pueda recibir cuidado de niños pagado.

Yo he leído este aviso o me lo han leído, y entiendo que le puedo preguntar a mi trabajador si tengo alguna pregunta o si necesito información adicional sobre este aviso.

NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO
FIRMA	FECHA
NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE TELEFONO