

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-049**

DATE

04-21-2006

**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 16 (12/05) English and Spanish  
Grant-Based on the Job Training Participation: Voluntary Consent Form**

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 12/05	REPLACES 7/01	<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. 06-09 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](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) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

## GRANT-BASED ON-THE-JOB TRAINING PARTICIPATION: VOLUNTARY CONSENT FORM

PARTICIPANT NAME	
CASE NAME	
CASE NUMBER	I.D. NUMBER
WELFARE TO WORK WORKER NAME	

This form is to help you decide if you want to volunteer to do grant-based on-the-job training (OJT). It lists your rights and responsibilities if you accept the OJT assignment. Grant-based OJT is where all or part of your cash aid, or the savings from your lowered aid because you are working, will be given to your employer. The employer will use your aid (or the savings) to help pay for your wages. If you do not want to do grant-based OJT, you and your worker will decide what your Welfare-to-Work assignment will be based on your background and employment plan.

### GRANT-BASED ON-THE-JOB TRAINING (OJT) PARTICIPATION REQUIREMENTS

My initials below show that I have reviewed the following items with my worker and understand the rules for participation in a grant-based OJT funded assignment.

- Participation in a grant-based OJT assignment is voluntary.
- The county welfare department (CWD) cannot take any action against me for refusing to agree to be assigned to a grant-based OJT position.
- The CWD will give all or part of my cash aid to my employer to pay all or part of my wages.
- I will not receive the earned income disregard for wages that are paid from the cash aid given to my employer.
- When I participate in a grant-based OJT assignment, my total monthly take-home pay may be less than the amount I would usually get as cash aid.
- The amount of my cash grant will be based on the expected earnings from my grant-based OJT assignment.
- The monthly total of my **gross wages** (the amount I am paid before taxes and other payments are taken out) plus my cash aid, if any, should be as much as or more than the amount I would get as cash aid if I did not take the grant-based OJT position.
- If the county pays me a corrective underpayment because my employer does not pay me for all the hours that I work, and I later collect the wages due from the employer, I will pay the county back for as much of the corrective underpayment as I receive in back wages from the employer. If I do not return the money the county will consider this an overpayment.
- If I agree to a grant-based OJT assignment, I am still a CalWORKs recipient. I must comply with Welfare-to-Work requirements.
- Failure to meet the rules of the grant-based OJT assignment without a good reason will result in a sanction and my cash aid may be lowered. Some reasons why I may be sanctioned and have my cash aid stopped or lowered are: failing to meet the work rules, failing to show up for work, tardiness, failing to follow procedures, failing to make satisfactory progress in my job, etc.
- If I do not meet the assignment rules, I have the right to give a good reason for not participating so I do not get sanctioned and have my cash aid lowered. The following are some good reasons for not meeting my participation rules or completing my assignment:
  - Lack of supportive services (such as childcare, transportation, tools, clothing required for the job, books, and other necessary job related costs).
  - Past or current victim of domestic abuse (such as physical, sexual, or psychological abuse).
  - The daily or weekly hours of work are more than the hours in my assignment agreement.
  - Acceptance of a full-time unsubsidized job.
  - The Welfare-to-Work Handbook that is part of my Welfare-to-Work Plan gives more information on reasons for not participating in my grant-based OJT assignment.
- I can file for a state hearing if I do not agree with any CWD action.

---

---

## GRANT-BASED ON-THE-JOB TRAINING ASSIGNMENT

---

EMPLOYER'S NAME:

EMPLOYER'S ADDRESS:

SUPERVISOR'S NAME

SUPERVISOR'S PHONE NUMBER

LENGTH OF ASSIGNMENT:

DAILY WORK HOURS:

TOTAL HOURS OF WORK ASSIGNED PER WEEK:

HOURLY STARTING WAGE:

From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Amount that the CWD will pay to my employer: \$\_\_\_\_\_. The CWD will subtract this money from my grant, or if my grant is not enough, from the grant savings to the CWD caused by my wages.

I agree to tell my Welfare-to-Work worker of any changes to my work schedule as soon as possible, but no later than five (5) days after the change.

I understand that the employer will provide the following benefits:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> None             | <input type="checkbox"/> Paid Holidays             |
| <input type="checkbox"/> Health Insurance | <input type="checkbox"/> Dental Insurance Coverage |
| <input type="checkbox"/> Sick Leave       | <input type="checkbox"/> Vacation                  |
| <input type="checkbox"/> Others _____     |  |

---

---

### CERTIFICATION

I understand the purpose of the grant-based OJT assignment is to give me work skills and help me find a job. I have read this form and its contents have been explained to me. I know that I must meet all my responsibilities as a Welfare-to-Work participant. I understand that I can ask my Welfare-to-Work worker if I have any questions.

I understand that I must tell my Welfare-to-Work worker right away of changes in my need for Welfare-to-Work supportive services or if I no longer need them. If I do not report the changes in advance, Welfare-to-Work may not be able to pay for them. I understand that if Welfare-to-Work pays for supportive services that are more than what I need to participate in Welfare-to-Work, I will have to pay Welfare-to-Work back.

I understand that if this is my first Welfare-to-Work activity and I want to ask for a change or be assigned to another activity, I have 30 days from the beginning date of my first activity to contact my worker.

If this is not my first activity, I understand that if I want to ask for changes to my Welfare-to-Work Plan, I have three (3) working days after my plan was completed or my plan was changed to contact my worker.

**I do not wish to participate in a grant-based OJT assignment at this time.**

PARTICIPANT'S SIGNATURE

DATE

**I want to volunteer for a grant-based OJT assignment.** I have read (*or had read to me*) and understand the information provided above and have received a signed copy of this form.

PARTICIPANT'S SIGNATURE

DATE

WELFARE TO WORK WORKER'S SIGNATURE

PHONE

DATE

You have the right to ask for a state hearing if you disagree with any of the decisions made by the county about participating in Welfare-to-Work.

## PARTICIPACION EN ENTRENAMIENTO EN EL EMPLEO USANDO SU ASISTENCIA MONETARIA: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	NO. DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW)	

Este formulario es para ayudarle a decidir si usted desea ser voluntario para participar en entrenamiento en el empleo (OJT) usando su asistencia monetaria. El formulario le da información sobre sus derechos y responsabilidades si acepta la asignación de OJT. Dicho entrenamiento es una actividad donde toda o parte de su asistencia monetaria, o lo que se ahorre al reducir su asistencia monetaria debido a que usted está trabajando, se le dará a su empleador. El empleador usará su asistencia monetaria (o los ahorros) para ayudar a pagar el salario de usted. Si no quiere participar en dicho entrenamiento, usted y su trabajador decidirán cuál será su asignación de WTW basándose en sus antecedentes y plan de empleo.

### REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN ENTRENAMIENTO EN EL EMPLEO (OJT) USANDO SU ASISTENCIA MONETARIA

Mis iniciales abajo indican que yo he revisado los siguientes artículos con mi trabajador y entiendo las reglas para la participación en una asignación con fondos provenientes de dicho entrenamiento.

- La participación en una asignación en dicho entrenamiento es voluntaria.
- El departamento de bienestar público del condado (CWD) no puede tomar ninguna acción en mi contra por no estar de acuerdo en aceptar un puesto en dicho entrenamiento.
- El CWD le dará toda o parte de mi asistencia monetaria a mi empleador para pagar todo o parte de mi salario.
- No recibiré una deducción por ingresos ganados pagados de la asistencia monetaria que se le da a mi empleador para pagar mi salario.
- Cuando yo participe en la asignación en dicho entrenamiento, el total de la paga mensual que llevaré a casa puede ser menor que la cantidad que usualmente recibiría como asistencia monetaria.
- La cantidad de mi pago mensual de asistencia monetaria será basada en los ingresos ganados que espero recibir de la asignación en dicho entrenamiento.
- El total mensual de mi **salario bruto** (la cantidad que se me paga antes de las deducciones de impuestos y de otros pagos) más mi asistencia monetaria, si hay alguna, debe ser igual o más que la asistencia monetaria que habría recibido si no hubiera tomado el puesto en dicho entrenamiento.
- Si recibo del condado un pago porque el empleador no me paga por todas las horas que trabajo, y después recibo de mi empleador lo que me faltaba, reembolsaré al condado una cantidad equivalente al pago que recibí del empleador como salario atrasado. El condado lo considerará como un pago excesivo si es que no devuelvo el dinero.
- Si estoy de acuerdo en participar en una asignación en dicho entrenamiento, todavía soy un beneficiario del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Tengo que cumplir con los requisitos de WTW.
- El no cumplir con las reglas de la asignación en dicho entrenamiento sin un motivo justificado, resultará en una sanción y mi asistencia monetaria podría ser reducida. Algunas razones por las cuales podría ser sancionado y se me podría reducir o discontinuar la asistencia monetaria son: el no cumplir con las reglas de trabajo, no presentarme para trabajar, llegar tarde al trabajo, no seguir los procedimientos, no progresar de una manera satisfactoria en mi trabajo, etc.
- Si no cumplo con las reglas de la asignación, tengo derecho a dar un motivo justificado para no participar para que no se me sancione y que mi asistencia monetaria no se reduzca. Los siguientes son motivos justificados para no cumplir con las reglas de mi participación o para no completar mi asignación:
- Falta de servicios de apoyo (tales como cuidado de niños, transporte, herramientas, ropa requerida para el trabajo, libros y otros gastos necesarios relacionados al trabajo).
  - Víctima de abuso doméstico, actualmente o en el pasado (tal como abuso físico, sexual, o psicológico).
  - Las horas de trabajo diarias o semanales son más que las horas en el convenio de mi asignación.
  - Aceptación de un trabajo de tiempo completo no subsidiado.
  - El Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) que es parte de mi Plan de WTW da más información sobre las razones para no participar en la asignación en dicho entrenamiento.
- Puedo presentar una solicitud para una audiencia con el Estado si no estoy de acuerdo con alguna acción que tome el CWD.

# ASIGNACION EN ENTRENAMIENTO EN EL EMPLEO USANDO SU ASISTENCIA MONETARIA

NOMBRE DEL EMPLEADOR:

DIRECCION DEL EMPLEADOR:

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

NUMERO DE TELEFONO DEL SUPERVISOR:

DURACION DE LA ASIGNACION:

HORAS DIARIAS DE EMPLEO :

HORAS DE LA ASIGNACION POR SEMANA (EL TOTAL):

SALARIO POR HORA AL INICIO:

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

La cantidad que el CWD le pagará a mi empleador: \$\_\_\_\_\_. El CWD restará esta cantidad de dinero de mi pago mensual de asistencia monetaria, o si dicho pago no es suficiente, de los ahorros al CWD por reducir mi asistencia monetaria a causa de mi salario.

Estoy de acuerdo en comunicarle a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi horario de empleo lo más pronto posible, a más tardar cinco (5) días después del cambio.

Entiendo que el empleador proporcionará los siguientes beneficios:

- Ninguno                       Días de fiesta con paga  
 Seguro de salud               Seguro dental  
 Licencia por enfermedad     Vacaciones  
 Otros \_\_\_\_\_

## CERTIFICACION

Entiendo que el propósito de la asignación en dicho entrenamiento es darme habilidades de trabajo y ayudarme a encontrar un empleo. He leído este formulario y se me ha explicado su contenido. Sé que tengo que cumplir con todas mis responsabilidades como participante de WTW. Entiendo que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.

Entiendo que tengo que avisarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cambios en mi necesidad de los servicios de apoyo de WTW o si ya no los necesito. Si no reporto esos cambios por adelantado, es posible que WTW no los pueda pagar. Entiendo que si WTW paga por servicios de apoyo que son más de los que necesito para participar en WTW, tendré que reembolsar a WTW.

Entiendo que si ésta es mi primera actividad de WTW y quiero pedir un cambio o ser asignado a otra actividad, tengo 30 días a partir de la fecha en que empecé mi primera actividad para comunicarme con mi trabajador.

Si ésta no es mi primera actividad, entiendo que si quiero pedir algún cambio en mi Plan de WTW, tengo tres (3) días hábiles después de que se haya completado o cambiado mi Plan para comunicarme con mi trabajador.

**Por ahora, no deseo participar en una asignación en dicho entrenamiento.**

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

**Quiero ser voluntario para una asignación en dicho entrenamiento.** He leído (*o me leyeron*) y entendí la información proporcionada arriba y he recibido un copia firmada de este formulario.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW

TELEFONO

FECHA

Usted tiene el derecho de pedir una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por el condado sobre la participación en WTW.