

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-050**

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 17 (12/05) English and Spanish  
Waiver of CalWORKs Learning Disabilities Screening and/or Evaluation**

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 8/02	<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, one 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).

## WAIVER OF CalWORKs LEARNING DISABILITIES SCREENING AND/OR EVALUATION

**Go over this form very carefully with your county worker. Be sure to ask questions about anything you do not understand. If you do not want to be screened or evaluated for learning disabilities at this time, you will be asked to sign this form and be given a copy to keep.**

### Benefits of a Learning Disabilities Screening and Evaluation

It is very important to screen and evaluate you for possible learning disabilities. If we find you have a learning disability, we will be better able to help you decide what activity is best for you.

Getting a screening and evaluation for learning disabilities can help you find, keep, and advance in a job that is right for you. It can also help you do well in an education or training program. The screening and evaluation can also get you the kind of help and services you will need to meet the Welfare-to-Work rules. You may also be excused from Welfare-to-Work rules because your condition is so severe that it keeps you from regularly working or participating in Welfare-to-Work activities for 32 hours per week for a one-parent assistance unit or 35 hours per week for a two-parent assistance unit.

### If You Do Not Want to Be Screened or Evaluated for Learning Disabilities at This Time:

1. You will not get any special treatment because of a learning disability until we know that you have one.
2. You will have to meet the Welfare-to-Work rules like any other person on CalWORKs who does not have a learning disability. If you do not meet the Welfare-to-Work rules, your cash aid and food stamps will be stopped or lowered. You can get them back again if you meet the rules or are excused from them.
3. You may change your mind and ask for a learning disabilities screening and evaluation **at any time**. If you are later found to have a learning disability, the county will get you the help and services you need starting from the date your worker discusses the evaluation findings with you and when you sign a new Welfare-to-Work Plan, if necessary.

**I have the right to refuse to sign this form. If I refuse to sign this form, it is the same as having a signed form waiving a learning disability screening and/or evaluation on file. My Welfare-to-Work Plan will not include accommodations for a learning disability.**

**I have read this form and had it read to me. I understand the information on this form. At this time, I do not want the following (check as appropriate).**

- Learning Disabilities Screening**       **Learning Disabilities Evaluation**

PRINTED NAME OF PARTICIPANT	SOCIAL SECURITY NUMBER
SIGNED NAME OF PARTICIPANT	DATE

## RENUNCIA AL DERECHO DE TENER UNA EXAMINACION PRELIMINAR Y/O EVALUACION DE CalWORKs EN RELACION A DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE

Repase este formulario muy cuidadosamente con el trabajador del condado encargado de su caso. Asegúrese de hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Si decide que en este momento no quiere que se le haga una examinación preliminar ni evaluación en relación a las discapacidades específicas del aprendizaje, se le pedirá que firme este formulario y se le entregará una copia de éste para que la guarde.

### Beneficios de una examinación preliminar y evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje

Es muy importante que se le haga una examinación preliminar y evaluación en relación a posibles discapacidades específicas del aprendizaje. Si descubrimos que tiene una discapacidad específica del aprendizaje, podremos ayudarle mejor a que decida cuál actividad es la mejor para usted.

El tener una examinación preliminar y evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje le puede ayudar a encontrar, conservar, y avanzar en un empleo que es el apropiado para usted. También puede ayudarle a progresar en un programa de educación o de entrenamiento. La examinación preliminar y evaluación también pueden ayudarle a obtener la clase de ayuda y servicios que necesitará para cumplir con las reglas del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WtW*). Además, es posible que reciba una exención de las reglas de WtW debido a que su condición es tan grave que le impide trabajar regularmente o participar en actividades de WtW durante 32 horas por semana para una unidad de asistencia con sólo un padre/madre o durante 35 horas por semana para una unidad de asistencia con ambos padres.

**Si en este momento, usted no quiere que se le haga una examinación preliminar ni una evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje:**

1. No recibirá ningún trato especial debido a una discapacidad específica del aprendizaje hasta que nosotros sepamos que tiene una.
2. Tendrá que cumplir con las reglas de WtW como cualquier otra persona que no tiene ninguna discapacidad específica del aprendizaje y que recibe beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Si usted no cumple con las reglas de WtW, su asistencia monetaria y estampillas para comida se descontinuarán o se reducirán. Puede volver a recibirlas si cumple con las reglas o si recibe una exención.
3. **En cualquier momento**, usted puede cambiar de opinión acerca de la examinación preliminar y evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje. Si después se descubre que usted tiene una discapacidad específica del aprendizaje, el condado le conseguirá la ayuda y servicios que usted necesite, comenzando en la fecha en que su trabajador hable con usted acerca de los resultados de la evaluación y cuando usted firme un nuevo Plan de WtW, si es necesario.

**Tengo el derecho de rehusarme a firmar este formulario. Si me rehúso a firmarlo, esto es igual que tener archivado un formulario firmado en que yo renuncie al derecho a una examinación preliminar y/o evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje. Mi Plan de WtW no incluirá adaptaciones para una discapacidad específica del aprendizaje.**

**He leído este formulario y me lo han leído. Entiendo la información que contiene este formulario. En este momento, no quiero lo siguiente (marque lo que sea pertinente):**

**examinación preliminar en relación a discapacidades específicas del aprendizaje**

**evaluación en relación a discapacidades específicas del aprendizaje**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (EN LETRA DE MOLDE)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA