

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-051

DATE

04-24-2006

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 20 (12/05) English and Spanish
Permission To Release Learning Disabilities Information**

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 12/05	REPLACES 7/04	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input 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. 06-09
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one side.

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.

PERMISSION TO RELEASE LEARNING DISABILITIES INFORMATION

PARTICIPANT'S NAME

SOCIAL SECURITY NUMBER

I understand that I do not have to let others know about a disability that I may have, and I can volunteer this information whenever I want.

Check the boxes for which the participant voluntarily gives his/her permission:

 RELEASE OF INFORMATION TO COUNTY WELFARE DEPARTMENT

(Place copy in the case file; send original to the Provider/Source)

I give permission for the _____ County Welfare Department to receive
NAME OF COUNTY

a copy of any screening, evaluation, diagnosis, and/or accommodations information on me about possible learning disabilities. This information can only be used to develop or change my Welfare-to-Work plan and/or to see what accommodations and services I may need to participate in an education, job training, work activity, and/or other Welfare-to-Work activity. The county will not tell any employer about my disability without my separate written permission.

 RELEASE OF INFORMATION FROM COUNTY WELFARE DEPARTMENT

(Place original in the case file)

I give permission for the _____ County Welfare Department to
NAME OF COUNTY

release screening, evaluation, diagnosis, and/or accommodations information about learning disabilities I may have. This information can only be used to develop or change my Welfare-to-Work plan and/or determine helpful accommodations and services I may need in educational, job training, or work settings.

The County Welfare Department may release the information to *(check all that apply)*:

_____, who will be testing me for possible learning disabilities
NAME OF LEARNING DISABILITIES EVALUATOR

New County Welfare Department if I move to another county

State and/or local employment training and/or job training agencies that are noted below
(check all that apply):

Employment Development Department

Local One-Stop Center

Local Workforce Investment Area Agency

Department of Rehabilitation

Local, state, or private college *(specify)*: _____

Other *(specify)*: _____

PARTICIPANT'S SIGNATURE

I understand that:

- If I refuse to complete and sign this form and move out of the county, a copy of any screening, evaluation, diagnosis, and/or accommodations information on me about possible learning disabilities will not be sent to the new county. My Welfare-to-Work plan in the new county may not include accommodations for my learning disabilities provided in this county.
- This information is needed to comply with Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and Welfare and Institutions Code Section 11325.4.
- This information will be kept confidential in the case file and will not be disclosed without my signed consent for each disclosure unless the disclosure is specifically required or allowed by law.
- This permission form, except for action already taken, may be canceled by me at any time. If I do not cancel this form, it will end one year from the date of my signature.

I have read this form (or had it read to me) after it was completed and before I signed it. I know I can get a copy of this form if I ask for it.

PARTICIPANT'S SIGNATURE

TODAY'S DATE

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION SOBRE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Entiendo que no tengo que informar a otras personas sobre cualquier discapacidad que yo pudiera tener, y que puedo dar esta información cuando quiera.

Marque las casillas que corresponden a la información que el participante voluntariamente permite que se comparta:

PARA COMPARTIR INFORMACION CON EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO
(Ponga una copia en el expediente del caso; envíe el original al proveedor/fuente.)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de _____ NOMBRE DEL CONDADO

reciba una copia de cualquier información sobre una examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a posibles discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WtW*) y/o para determinar cuáles adaptaciones y servicios necesite para participar en una actividad educacional, una actividad relacionada al empleo o entrenamiento para empleo, y/u otra actividad de WtW. El Condado no le dirá nada a ningún empleador acerca de mi discapacidad sin mi permiso escrito por separado.

PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO COMPARTA INFORMACION
(Ponga el original en el expediente del caso.)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de _____ NOMBRE DEL CONDADO

comparta información sobre cualquier examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan de WtW y/o para determinar las adaptaciones y servicios útiles que necesite en un ambiente educacional o uno relacionado al empleo o entrenamiento para empleo.

El departamento de bienestar público del Condado puede compartir esta información con (*marque todos los que sean pertinentes*):

- _____, quien me dará exámenes para posibles discapacidades específicas del aprendizaje
NOMBRE DEL EVALUADOR DE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE
- el nuevo departamento de bienestar público del condado si me mudo a otro condado
- oficinas/agencias de empleo y/o entrenamiento para empleo, locales y/o del estado, que se anotan a continuación (*marque todas las que sean pertinentes*):
- Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) centro local que ofrece servicios de empleo, educación, vivienda, cuidado de la salud, etc. para personas que reciben asistencia pública (*Local One-Stop Center*)
- oficina/agencia encargada de las áreas con al menos un centro local que ofrece servicios de empleo y entrenamiento (*Local Workforce Investment Area Agency*) Departamento de Rehabilitación
- universidad (*college*) local, del estado, o privada (*especifique*): _____
- otro (*especifique*): _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Entiendo que:

- Si me rehúso a completar y firmar este formulario y me mudo de este Condado, no se enviará al nuevo condado ninguna copia de cualquier información sobre una examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a posibles discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Es posible que mi plan de WtW en el nuevo condado no incluya las adaptaciones para dichas discapacidades proporcionadas en este Condado.
- Esta información se necesita para cumplir con el Título II del Decreto de 1990 sobre los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 504 del Decreto de 1973 sobre la Rehabilitación, y la Sección 11325.4 del Código de Bienestar Público e Instituciones.
- Esta información se mantendrá de una manera confidencial en el expediente del caso y no se compartirá con nadie sin mi consentimiento firmado cada vez que se comparta la información, a menos que la ley específicamente requiera o permita que se comparta dicha información.
- En cualquier momento, puedo cancelar este permiso, con la excepción de cualquier acción que ya se haya tomado. Si no cancelo este formulario, se vencerá un año después de la fecha en que lo firme.

He leído este formulario (o me lo leyeron a mí) después de que se había completado y antes de que yo lo firmara. Sé que puedo obtener una copia de este formulario si la solicito.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA DE HOY