

# FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA EXENCIÓN EN RELACIÓN AL LÍMITE DE TIEMPO DE CalWORKs Y LA PARTICIPACIÓN EN WELFARE TO WORK

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SU NOMBRE		<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
DIRECCIÓN	CALLE	COUNTY	
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CASE NAME	
TELÉFONO (     )		CASE NO.	OTHER ID NO.
<b>¿TIENE PREGUNTAS? COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR.</b>		WORKER NAME	WORKER PHONE NO. (     )

La mayoría de los adultos solamente pueden recibir 48 meses (4 años) de asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). A menos que tenga una exención, se requiere que una persona participe en las actividades del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work*) de CalWORKs como condición para recibir asistencia.

Si está embarazada y/o es un padre/madre adolescente menor de 20 años de edad y no ha recibido un diploma de la preparatoria (*high school*) o el equivalente, **estas reglas no aplican a usted. Para más información, comuníquese con su trabajador.**

### INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE:

Si su respuesta es "Sí" a alguna de estas preguntas, es posible que usted esté exento por un mes o más del límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs y/o la participación en *Welfare to Work*. Es posible que se necesite que dé información para ayudarlo al Condado a decidir si usted debe estar exento. Por favor conteste todas las preguntas. **El Condado no puede contestar estas preguntas por usted. Por favor, asegúrese de firmar y poner la fecha en la siguiente página de este formulario.**

#### **SÍ**      **NO**      **Exenciones solamente en relación a la participación en Welfare to Work**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Está embarazada y un doctor declara que usted no puede trabajar ni participar en las actividades de <i>Welfare to Work</i> durante 32 horas a la semana si es una unidad de asistencia de un solo padre/madre o durante 35 horas por semana, si es una unidad de asistencia de dos padres?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Es usted el padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de un niño de _____ de edad o menos? (Dependiendo del condado, es posible que usted esté exento si su niño tiene 12 semanas de edad o menos, seis (6) meses de edad o menos, o 12 meses de edad o menos.) Esta exención está disponible <u>solamente una vez</u> . |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Si ha usado la exención en el #2, ¿recientemente se ha convertido en el padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de otro bebé? (Dependiendo del condado, es posible que esté exento por 12 semanas o hasta 6 meses.)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Es usted un voluntario de tiempo completo en el Programa de Voluntarios al Servicio de América (VISTA)?  |

#### **SÍ**      **NO**      **Exenciones en relación al límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs y la participación en Welfare to Work**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Es usted una persona de 16 ó 17 años de edad que tiene un diploma de la preparatoria ( <i>high school</i> ) o el equivalente y está inscrita, o está planeando inscribirse en un programa educacional, o en una escuela de entrenamiento vocacional o técnico?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Tiene usted un problema físico o mental que le impide trabajar o participar en una actividad de <i>Welfare to Work</i> regularmente al menos 30 días consecutivos - durante 32 horas a la semana si es una unidad de asistencia de un solo padre/madre o durante 35 horas por semana, si es una unidad de asistencia de dos padres? Por favor proporcione pruebas médicas de su incapacidad/discapacidad. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Es usted una persona que no es el padre o madre pero está encargada del cuidado continuo de un niño que está bajo la tutela o bajo la custodia de la corte, o que está en peligro de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Se necesita quedar en el hogar para cuidar a alguien que no se puede cuidar a sí mismo, lo cual dificulta que usted trabaje o participe en una actividad de <i>Welfare to Work</i> ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Está viviendo en territorio indio, como está definido por la ley federal, en donde el 50 por ciento de los adultos están desempleados? (Esta exención solamente aplica al tiempo límite de 48 meses; no aplica a la exención de participación en <i>Welfare to Work</i> .)  |

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE PÁGINA DE ESTE FORMULARIO PARA SABER ACERCA DE MÁS EXENCIONES**

# FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA EXENCIÓN EN RELACIÓN AL LÍMITE DE TIEMPO DE CalWORKs Y LA PARTICIPACIÓN EN WELFARE TO WORK (Continuación)

---

**Exenciones en relación a la participación en Welfare to Work** - Usted **NO** tiene que devolver este formulario para estas exenciones.

No se requerirá que participe en el programa de *Welfare to Work* si alguno de los siguientes motivos son pertinentes para usted.

- Usted tiene menos de 16 años de edad.
- Usted tiene 16, 17, ó 18 años de edad y asiste a la preparatoria (*high school*) o a una escuela para adultos.
- Usted tiene 60 años de edad o más.
- Usted es el padre/madre o persona encargada del cuidado continuo de un niño que tiene entre 12 y 23 meses de edad, o de dos o más niños que tienen menos de seis años de edad.

---

**Exenciones en relación al límite de 48 meses de CalWORKs** - **NO** tiene que solicitar estas exenciones en este formulario. Puede comunicarse con el trabajador encargado de su caso, si alguno de estos motivos son pertinentes para usted.

No se contará un mes de asistencia para el límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs, si alguno de los motivos a continuación son pertinentes para usted.

- Usted no recibió asistencia monetaria de CalWORKs porque su pago fue menos de \$10.
- El pago de asistencia monetaria se reembolsa completamente con el cobro de mantenimiento de hijos.
- Usted no recibe asistencia monetaria, tiene un empleo, y solamente está recibiendo servicios de apoyo, tales como cuidado de niños, transporte, y administración de su caso.
- Usted tiene 60 años de edad o más.
- Usted es el padre/madre o persona encargada del cuidado continuo de un niño que tiene entre 12 y 23 meses de edad, o de dos o más niños que tienen menos de seis años de edad.
- Se ha aprobado que tiene un buen motivo para no participar en *Welfare to Work* debido a la falta de servicios de apoyo.

---

## **Dispensación en relación al límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs y la participación en Welfare to Work**

Si usted o un miembro de la familia es actualmente, o ha sido, víctima de abuso doméstico y el Condado determina que su condición o situación le impide o afecta su habilidad para trabajar regularmente o participar en actividades de *Welfare to Work*, es posible que el Condado le otorgue una dispensación del límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs y/o los requisitos de participación en *Welfare to Work*. Usted no tiene que completar este formulario para recibir una dispensación en los límites de tiempo. Puede comunicarse con el trabajador encargado de su caso para solicitar una dispensación debido a abuso doméstico.

- 
- Se le notificará por escrito si usted está o no está exento del límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs y/o la participación en *Welfare to Work* y le dirá cuál es el motivo.
  - Es posible que se le pida que proporcione al Condado pruebas del motivo por el cuál usted piensa que debe recibir una exención.
  - Si usted no está de acuerdo con el Condado, puede solicitar una audiencia con el Estado.
  - Dependiendo de su situación, usted puede ser evaluado cada mes para determinar si usted continúa siendo exento.

---

SU FIRMA

FECHA