PETICION PARA UNA EVALUACION POR UNA TERCERA PERSONA DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (*WELFARE TO WORK* - WTW)

INSTRUCCIONES: El departamento de bienestar público del condado (CWD) completa toda la información. El trabajador de WTW y el participante de WTW tienen que firmar el formulario antes de que el CWD le entregue el original al evaluador de WTW que actúa como tercera persona. Se le dará una copia al participante de WTW, otra al evaluador original, y el CWD se quedará con otra copia.

EVALUADOR QUE ACTUA COMO TERCERA PERSONA	DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO
DIRECCION	DIRECCION
CIUDAD CODIGO POSTAL	CIUDAD CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	

TRABAJADOR DE WTW (PERSONA DE CONTACTO)	NUMERO DE TELEFONO
EVALUADOR ORIGINAL	NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION	CIUDAD	CODIGO POSTAL
PARTICIPANTE DE WTW	NUMERO DE CASO	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD	CODIGO POSTAL

Se está pidiendo una evaluación por una tercera persona porque:

El CWD y el participante de WTW tienen que basarse en la evaluación hecha por una tercera persona para determinar el mejor plan de WTW. Si después que se haga el plan de WTW, usted no está de acuerdo con él, puede pedir una audiencia con el estado. Mientras que esto sucede, puede recibir asesoramiento legal gratuito de la oficina local de asesoramiento legal *(legal aid)*, del grupo de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública, o de la Coalición de Organizaciones de Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública de California (CCWRO) en la dirección que aparece enseguida.

FIRMA DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO	FECHA
FIRMA DEL PARTICIPANTE DE WTW	FECHA