

CONVENIO SOBRE LOS SERVICIOS ALTERNATIVOS (DIVERSION SERVICES) Para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DEL CASO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NÚMERO DEL TRABAJADOR
-----------------	-----------------	-----------------------	-----------------------

WORKER COMPLETES THIS SECTION: (EL TRABAJADOR COMPLETA ESTA SECCIÓN:)

- Pago monetario de: \$ _____ para la siguiente necesidad: _____
- Servicios no monetarios: El precio de compra o valor actual del servicio no monetario es: \$ _____
Describe los servicios no monetarios: _____
- El período de servicios alternativos será de _____ a _____.
(FECHA) (FECHA)

EL SOLICITANTE COMPLETA ESTA SECCIÓN:

Escojo recibir servicios alternativos porque no necesito ni quiero recibir pagos mensuales de asistencia monetaria, pero necesito asistencia ahora - monetaria o no monetaria - para satisfacer una necesidad inmediata o para una emergencia. El Condado y yo estamos de acuerdo en que se me pagarán los servicios alternativos como se especifica en la sección anterior.

Ponga sus iniciales en el espacio al lado de cada una de las siguientes declaraciones:

_____ Certifico que he leído la hoja de información sobre los servicios alternativos. Entiendo las reglas y mis responsabilidades si escojo recibir servicios alternativos en vez de un pago cada mes de asistencia monetaria.

También entiendo que:

_____ Recibiré una notificación que niega mi solicitud actual para asistencia monetaria y que me dice cómo se me pagarán los servicios alternativos así como el número de meses en mi período de servicios alternativos.

- Para calcular el número de meses en mi período de servicios alternativos, el Condado tomará la cantidad del pago/de los servicios y la dividirá entre el pago máximo de asistencia de mi unidad de asistencia cuando reciba mis servicios alternativos.
- Para calcular mi período de servicios alternativos, el Condado determinará el precio de compra o el valor actual de los servicios no monetarios.

_____ Recibiré otra notificación por separado - de aprobación o de negación - sobre cualquier otra clase de beneficios que haya solicitado como los beneficios de CalFresh o de Medi-Cal.

_____ Si solicito y reúno los requisitos para recibir asistencia monetaria antes de que termine mi período de servicios alternativos, tengo que informarle al condado de que escojo una de las siguientes opciones:

- Puedo reembolsar el valor en efectivo de los servicios alternativos reduciendo mi pago mensual de asistencia monetaria por una cantidad que determine el condado;
- Puedo contar el número de meses en mi período de servicios alternativos como parte de los 48 meses del período máximo durante el cual puedo recibir asistencia.

_____ Si después de que termine mi período de servicios alternativos, vuelvo a solicitar asistencia monetaria y reúno los requisitos, el Condado contará sólo un mes de dicho período como parte de los 48 meses del período máximo durante el cual puedo recibir asistencia. No se requiere ningún reembolso.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O DE LA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DE UN FAMILIAR	FECHA
FIRMA DEL ESPOSO(A) ADULTO, PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA, O DEL OTRO DE LOS PADRES (SI VIVE EN EL HOGAR)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, DEL INTÉRPRETE, O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO	FECHA

Certifico que se le dio al padre/madre o a la persona encargada del cuidado continuo de un familiar, un formulario CW 88 "Convenio sobre los servicios alternativos" y el CW 88 Coversheet (la hoja de información). El padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de un familiar declara que él/ella entiende las reglas y responsabilidades en relación a elegir servicios alternativos en vez de recibir un pago mensual de asistencia monetaria. El padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de un familiar también declara que entiende las reglas relacionadas con el período de servicios alternativos.

FIRMA DEL TRABAJADOR DEL CONDADO	FECHA
----------------------------------	-------

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Diversion Period Calculation:

Diversion Amount \$ _____ ÷ AU MAP \$ _____ = _____ months. (Exclude partial months.)