

DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA**IMPORTANTE: LA ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS ES POR TIEMPO LIMITADO**

Las categorías de las Subvenciones de Asistencia para el Cuidado de Niños en Bloque para el Trabajo (**BW** por sus siglas en inglés), la Subvención en Bloque por Incapaz/No Disponible (**BU** por sus siglas en inglés), y la Subvención en Bloque para Padres Adolescentes (**BT** por sus siglas en inglés) se limitan a no más de **1380 unidades pagadas o 60 meses acumulativos en un calendario civil por niño**, el que sea **más tarde**. Para tener derecho a una extensión de **12 meses** de Asistencia de Cuidado de Niños (*después de la terminación de su tiempo límite*), se le pedirá una declaración sobre los esfuerzos que hizo para mejorar sus habilidades y progresar hacia la autosuficiencia (*durante el periodo de los 12 meses más recientes*).

Durante los últimos 12 meses, he hecho los siguientes esfuerzos para mejorar mis habilidades y progresar hacia la autosuficiencia; (X todo lo que corresponda)

1. Me inscribí o busqué trabajo mediante DES One Stop Career Centers, DES Job Service, otras agencias de empleo públicas o privadas o de manera independiente.
2. Solicité un mejor trabajo.
3. He estado empleado de manera consistente.
4. Me despidieron temporal e indefinidamente, pero dentro de un periodo de 60 días encontré un nuevo empleo.
5. Me cambié a un mejor trabajo (*con mejor salario, más horas, o mejores beneficios*).
6. Obtuve ganancias netas de manera constante en mi propio negocio.
7. Asistí a clases de recuperación para obtener un diploma de escuela secundaria o un GED.
8. Asistí a clases de inglés para hablantes de otros idiomas (*ESOL por sus siglas en inglés*).
9. Asistí a una escuela técnica o vocacional, instituto superior o universidad y progresé de manera satisfactoria en la actividad.
10. Asistí a una escuela o capacitación relacionada al trabajo o busqué un título o certificado que me llevará a obtener mejores oportunidades profesionales.
11. NO he solicitado Asistencia en Efectivo para mí mismo de TANF (*Asistencia Temporal para Familias Necesitadas*).
12. Me comuniqué con la División de Servicios de Sustento para Menores del DES sobre el sustento de parte de un padre ausente o para establecer la paternidad.
13. Continué con mi plan de tratamiento bajo la dirección de un médico, psiquiatra, o psicólogo.
14. Cumplí con el plan del caso, de un refugio para víctimas de violencia doméstica o de un albergue para personas sin hogar.
15. Terminé con, o estoy en proceso de terminar un programa de rehabilitación de drogas o alcohol o de servicio comunitario por orden de un tribunal.

Nombre del solicitante (*En letra de molde*) _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.