

**SOLICITUD DE EXTENSIÓN DEL LÍMITE DE  
BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO**

Para solicitar una extensión de Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés), llene la siguiente información.

Podrían ser necesarias pruebas para apoyar la razón por la que solicita una extensión.

Me gustaría solicitar una extensión de CA por la siguiente razón:

Una dificultad nos impide mantener a los menores dependientes en nuestra familia sin CA.

Nombre del miembro adulto de la familia en necesidad de una extensión debido a una dificultad:

---

No soy el padre o madre, tengo 60 o más años y proporciono el único cuidado para todos los menores dependientes en mi caso que reciben CA.

Estoy discapacitado de manera temporal o permanente (*p.ej., recibo tratamiento médico mental o físico continuo que me impide trabajar*).

Soy un cuidador de un menor, padre, cónyuge o pareja con una discapacidad.

Soy víctima de violencia doméstica, un crimen o cualquier otra violencia.

No tengo hogar.

No puedo finalizar mi educación o programa de capacitación actual sin recibir CA.

No puedo encontrar ni pagar por el cuidado de niños.

No puedo encontrar transporte disponible ni económico para el trabajo en mi área.

Tengo otra razón de dificultad que siento me impide llegar a ser autosuficiente (*explique*). \_\_\_\_\_

Solicitamos una extensión del límite de tiempo de CA por 12 meses adicionales de beneficios de CA. Certificó que cumplimos con ambos de los siguientes requisitos:

Todos los menores, de edades 6-15, en su hogar deben asistir a la escuela y satisfacer los requisitos de asistencia escolar, a menos que corresponda uno de lo siguiente:

- a. El menor tiene ausencias justificadas.
- b. El menor está inscrito en un programa de capacitación vocacional, técnica, profesional o educativa aprobado por el Departamento de Educación.
- c. La escuela ha excusado al menor de asistir a la escuela debido a enfermedades físicas o mentales o por suspensión o expulsión.

Nadie en nuestra unidad presupuestaria ha recibido una sanción del programa Jobs durante nuestro último mes de beneficios de CA y el último mes fue octubre de 2017 o después.

He proporcionado copias de la siguiente información para verificar la razón por la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) (*En letra de molde o a máquina*)

---

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de 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, comuníquese con la oficina local; 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 online or at the local office.