

**ARIZONA DEPARTMENT
OF ECONOMIC SECURITY
Administración de
Asistencia para Familias**

**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.**

**Vea las páginas 11-12 para leer
la declaración de EOE/ADA**

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

- **DES/TANF Agencies are Equal Opportunity Employers/Programs**
- **Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990(ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits**

discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. Disponible en español en línea o en la oficina local.