

**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.**