

**SOLICITUD PARA UNA EXTENSIÓN DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CalWORKs**

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SU NOMBRE		<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO (FOR COUNTY USE ONLY)</b>	
DIRECCIÓN	CALLE	COUNTY	
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CASE NAME	
TELÉFONO (     )		CASE NO.	OTHER ID NO.
<b>¿TIENE PREGUNTAS? COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR.</b>		WORKER NAME	

**A partir del 1° de julio del 2011**, la mayoría de los adultos no puede recibir asistencia del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) por más que un total de 48 meses (cuatro años). (Esto incluye asistencia que usted recibió de los programas de otros estados bajo el programa federal de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF Tribal) en o después de enero, 1998.) Sin embargo, es posible recibir asistencia más allá del límite de tiempo de 48 meses de CalWORKs si **usted** y **todos** los padres, padrastros que reciben asistencia, y/o personas encargadas del cuidado continuo de un familiar en el hogar cumplen una de las condiciones que aparecen a continuación.

Si contesta "Sí" a alguna de estas preguntas, es posible que sea elegible para una extensión del límite de tiempo. Por favor, conteste todas las preguntas. Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con el Condado, pero el Condado no puede llenar este formulario por usted. **Por favor, asegúrese de firmar y poner la fecha en la siguiente página de este formulario.** Es posible que necesite enviar más información para ayudarle al Condado a determinar si se puede extender el período de tiempo de su asistencia.

**SÍ      NO      CONDICIONES PARA UNA EXTENSIÓN DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CalWORKs**

1. ¿Se queda en casa para cuidar a alguien en el hogar que no puede cuidarse a sí mismo, y por eso usted no puede trabajar ni participar en actividades de *Welfare-to-Work* (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo)?
2. ¿Es usted la persona encargada del cuidado continuo de un niño que no es su hijo y que es dependiente o está bajo custodia de la corte en cuidado de crianza temporal, o que corre el riesgo de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal?
3. ¿Recibe usted beneficios de Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), compensación por lesiones de trabajo/ingresos por incapacidad temporal (TDI), Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), o Pagos Suplementarios del Estado (SSP), y no puede trabajar o participar regularmente en una actividad de *Welfare-to-Work*?
4. Aunque no recibe beneficios por incapacidad/discapacidad, ¿tiene usted un problema físico o mental que le impide trabajar o participar en actividades de *Welfare-to-Work* por 20 horas o más por semana?
5. ¿Puede usted trabajar o participar en actividades de *Welfare-to-Work* por 20 horas o más por semana a pesar de tener un problema físico o mental porque recibe ayuda con el problema? Por ejemplo, recibe asesoramiento, tratamiento, o clases especiales que le ayudan a enfrentar el problema. De otra forma, el problema evitaría que usted trabajara o participara en actividades de *Welfare-to-Work*.

(El Condado revisará sus expedientes actuales y anteriores para determinar si usted reúne los requisitos para recibir esta extensión. Es posible que reciba una extensión si trabajó o participó en actividades de *Welfare-to-Work* en el pasado.)

**EXTENSIÓN DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CalWORKs DEBIDO A LA EDAD AVANZADA** - Si usted tiene 60 años de edad o más, puede comunicarse con su trabajador para pedir una extensión debido a su edad avanzada. No tiene que completar este formulario para pedir la extensión.

**OTROS ADULTOS EN EL HOGAR QUE RECIBEN ASISTENCIA** - Para que usted sea elegible para una extensión de asistencia, todos los otros padres, padrastros que reciben asistencia, y/o personas encargadas del cuidado continuo de un familiar que viven en el hogar de usted también tienen que reunir los requisitos para una extensión. Esta persona(s) tiene que completar un formulario de solicitud por separado. Usted puede recibir una extensión si el otro adulto(s) no está en su unidad de asistencia (AU) y si él/ella no ha recibido asistencia durante 48 meses.

**POR FAVOR, LEA Y FIRME LA SIGUIENTE PÁGINA DE ESTE FORMULARIO.**

## SOLICITUD PARA UNA EXTENSIÓN DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CalWORKs

---

---

**EXENCIÓN DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CalWORKs** - Si usted es víctima de abuso doméstico y el Condado determina que su condición o situación le previene o impide tener un empleo regular o participar en actividades de *Welfare-to-Work*, es posible que el Condado le dé una exención del límite de tiempo de 48 meses para extender el período de tiempo durante el cual usted puede recibir asistencia. Usted no tiene que completar este formulario para obtener una exención o una extensión del límite de tiempo debido a abuso doméstico. Puede comunicarse con su trabajador para pedir una exención debido a abuso doméstico.

---

- Se le informará si va a recibir o no una extensión de su asistencia y se le dirá la razón.
- Es posible que el Condado le pida pruebas de su motivo para solicitar una extensión.
- Si usted no está de acuerdo con el Condado, puede pedir una audiencia con el Estado.
- Es posible que se vuelva a evaluar su condición para determinar si la extensión de su asistencia se puede continuar.

---

SU FIRMA

FECHA

---