

**PETICIÓN PARA UNA EXTENSIÓN DEL TIEMPO LÍMITE DE 24 MESES DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO (WELFARE-TO-WORK / WTW)**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

SU NOMBRE		<b>SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO</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	

Una vez que usted haya usado todos los 24 meses de su tiempo límite de 24 meses de WTW, usted tendrá que cumplir con diferentes reglas de WTW para continuar recibiendo su porción de asistencia monetaria y servicios de apoyo. Sin embargo, usted puede recibir una extensión de su su tiempo límite de 24 meses de WTW si cumple una de las condiciones que aparecen a continuación.

Por favor marque la casilla que aplica. Por favor asegúrese de firmar y poner la fecha en este formulario. Por favor entréguele al Condado este formulario y cualquier prueba que usted pueda proporcionar para ayudar al Condado a que determine si usted puede obtener una extensión del tiempo límite de 24 meses de WTW, y si puede continuar participando en actividades en su plan actual de WTW.

**SÍ      NO      EXTENSIONES DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 24 MESES DE WTW**

- 1. ¿Está usted en un programa educativo, incluyendo educación básica, educación vocacional o un programa de iniciativa propia, que estará completando pronto?  
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de graduación, transferencia, o finalización? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Está usted en un programa de tratamiento, como un programa para abuso de sustancias o para la salud mental, que usted estará finalizando pronto?  
Si la respuesta es "Sí", ¿cual es la fecha de finalización? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Necesita usted más tiempo para completar una actividad en su plan de WTW debido a una discapacidad de aprendizaje o alguna otra discapacidad/incapacidad?
- 4. ¿Ha entregado usted una solicitud para recibir beneficios de discapacidad del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de su audiencia? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Es usted parte de una unidad de asistencia de dos padres donde uno de los padres todavía no ha usado todo su tiempo límite de 24 meses de WTW?
- 6. ¿Es probable que usted consiga un empleo en los próximos seis meses? Por favor explique a continuación.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7. ¿Ha ocurrido algún cambio en el mercado laboral que temporalmente ha impedido que usted consiga un empleo y por esa razón necesita más tiempo para conseguir uno? Por favor explique a continuación.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

**POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE ESTE FORMULARIO.**

- Si necesita ayuda para conseguir pruebas de su condición, su trabajador le puede ayudar.
- Usted recibirá una notificación si se le da o no una extensión al tiempo límite de 24 meses de WTW y la razón por la decisión.
- Si usted no está de acuerdo con el Condado, puede pedir una audiencia con el Estado.
- Si usted piensa que no debe estar en el programa de WTW y no ha solicitado una exención, o si necesita más información acerca de las exenciones de participar en WTW, por favor comuníquese con su trabajador.