

VERIFICACION DE ASISTENCIA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)

Fecha: _____

A: _____

La persona cuyo nombre aparece a continuación recibió asistencia proporcionada con fondos del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por medio del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs).

NOMBRE DEL CASO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO:	FECHA DE NACIMIENTO:

CONDADO:	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	NUMERO DE TELEFONO:
DIRECCION:	

_____ recibió asistencia proporcionada por TANF de _____ a _____.
 (Nombre del beneficiario)
 de _____ a _____.
 de _____ a _____.

Comenzando en _____, el número total de meses en el cual se recibió asistencia de TANF en el estado de California es _____ meses.

- La persona no estuvo exenta en ningún momento del límite de tiempo de 60 meses de TANF.
- Los siguientes _____ meses fueron exentos del límite de tiempo de 60 meses de TANF y han sido excluidos del número de meses anotado arriba.

Año _____ Meses _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,
 Año _____ Meses _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____.

La información de arriba ha sido verificada por: _____

Firma autorizada: _____

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional sobre esta notificación, por favor comuníquese con las siguientes personas:

PERSONAS DEL PROGRAMA CON QUIENES SE PUEDE COMUNICAR:

DIRECCION:	NUMERO DE TELEFONO ()
------------	---------------------------