



**Solicitud de extensión de 24 meses**

- Solicitud inicial**
- Solicitud subsiguiente**

\_\_\_\_\_  
TAO

\_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
Nombre del otro padre

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

- Si usted desea solicitar una extensión de sus beneficios de Asistencia Transicional (TAFDC) después del límite de tiempo de 24 meses, debe completar este formulario y proporcionar todas las verificaciones solicitadas. Si no completa este formulario, no recibirá una extensión y sus beneficios de TAFDC terminarán.
- Usted puede solicitar una extensión después de haber usado 22 meses de beneficios por tiempo limitado o en cualquier momento después de haber recibido 24 meses de beneficios por tiempo limitado.
- Su solicitud de extensión será aprobada o negada solamente cuando terminen sus 24 meses de beneficios por tiempo limitado, y usted recibirá un aviso por escrito informándole si su solicitud ha sido aprobada o negada. Si su solicitud es negada, usted puede solicitar una extensión en cualquier momento durante el período en que es inelegible para TAFDC porque ha recibido 24 meses de beneficios por tiempo limitado.
- Usted debe leer el folleto "Extensiones de TAFDC por más del período de 24 meses" para entender más sobre los reglamentos de extensión y lo que tendrá que hacer si recibe una extensión.

**Parte I**

**(A)** Solicito una extensión de mis beneficios por tiempo limitado de 24 meses porque una de las siguientes situaciones se aplica a mí:

- Estoy trabajando 35 horas o más por semana con salario mínimo (\$5.25) o superior
- Estoy trabajando 35 horas o más por semana con menos del salario mínimo (\$5.25)
- Estoy trabajando menos de 35 horas por semana
- No estoy trabajando (a continuación, explique por qué no está trabajando)

**(B)** También solicito una extensión de beneficios por las razones que he descrito a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**(C)** ¿Está pagando manutención de niños el padre sin custodia (ausente)?  si  no Si su respuesta es "No", explique.

---

---

---

---

---

---

---

---

Si su respuesta es "Sí", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**(D)** ¿Ha rehusado ofertas de empleo y las ha rechazado en el plazo del año pasado?  si  no Si su respuesta es "Sí", explique. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Ha renunciado a un trabajo o reducido sus horas de empleo en el plazo del año pasado?  si  no Si su respuesta es "Sí", explique. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Si trabaja a tiempo parcial, ¿ha recibido una oferta para aumentar sus horas?

si  no

**(E)** ¿Está usted participando ahora o ha participado en el pasado en un programa de Búsqueda Estructurada de Trabajo o en otro programa(s) para obtener trabajo?  si  no Si la respuesta es "Sí", escriba las fechas de participación y qué programa(s).

---

---

---

---

Si la respuesta es "No", explique.

---

---

---

---

Firma del Beneficiario

Fecha

Firma del Trabajador Social de la Oficina de Asistencia Transicional

Fecha

Firma del Supervisor de la Oficina de Asistencia Transicional

Fecha

Firma del Director/Designado de la Oficina de Asistencia Transicional

Fecha

Firma del Inspector del Equipo Regional

Fecha