



Revisión de la Prórroga del Beneficio por Dificultad Económica

Nombre del Participante (Por favor, escriba en imprenta legible)

Caso #/Categoría/Secuencia

Sección A: Debe ser completada por el Especialista en Autosuficiencia Económica (completar parte A y remitir "original" copia y la copia al Consejo de Fuerza Laboral Regional)

Condiciones Especiales: El participante se encuentra en la siguiente situación: (marcar una)

Cambio de Circunstancias Recibe Asistencia Temporal en Efectivo (TCA) Cambió de Opinión No Recibe TCA

Recibe Medicaid Provisorio: Sí No

Cant. de meses de Dificultad Económica aprobados previamente: _____

Cant. de sanciones válidas durante últimos 18 meses de asistencia en efectivo: _____ Cant. de meses fuera del estado, si corresponde: _____

El participante deberá haber recibido 48 meses al (mes/año): _____

Nombre de persona de ESS que completa el formulario y número de unidad (por favor, imprenta legible)

Número de Teléfono de ESS

Fecha de Envío

Sección B: Debe ser completada por el Representante de la Junta de Fuerza Laboral Regional:

Criterio Uno: ¿Ha tenido el participante una **participación diligente**? Sí No Si es sí, ¿tiene el participante una **incapacidad para conseguir empleo**? Sí No Participación diligente significa no tener más de una sanción laboral en los últimos 18 meses de recepción de TCA y cumplir con el Plan de Responsabilidad Individual. Para cumplir con el criterio de prórroga, deberá marcarse "Sí" en ambos casilleros.

Criterio Dos: ¿Ha tenido el participante una **participación diligente**? Sí No ¿Tiene el participante uno o más **impedimentos extraordinarios para trabajar**? Sí No Si es sí, indicar los impedimentos a continuación. Para cumplir con el criterio dos, deberá marcarse "Sí" en ambos casilleros.

Padre custodio de un hijo menor de seis años de edad, con incapacidad comprobada para acceder al beneficio de cuidado de niños Incapacidad médica

Hijo menor de tres meses de edad A cargo de un familiar discapacitado Circunstancias imposibles de controlar (explicar a continuación)

Otro (por favor, explicar): _____

Criterio Tres: ¿Tiene el participante un **impedimento importante junto con** la necesidad de una prórroga? Sí No Si responde sí, indicar impedimentos a continuación. Para cumplir con el criterio tres, se debe marcar el casillero "Sí".

% de Desempleo Excedente laboral Sobrecualificación laboral Condena por delito grave Desamparado

Falta de servicios de soporte Analfabetismo Idioma Violencia Doméstica

Explicar: _____

Criterio Cuatro: ¿Recibió el padre asistencia en efectivo como "adulto" cuando era adolescente? Sí No Si es sí, ¿recibió el padre algún beneficio durante 24 meses, una vez obtenido su título secundario o un título equivalente? Sí No Si es no, se cumple con el criterio cuatro para obtener una prórroga.

RECOMENDACION DE PRÓRROGA POR DIFICULTAD ECONÓMICA:

¿Trabaja el Participante? Sí No

¿Se lo recomienda para una Prórroga por Dificultad Económica? Sí No

Si su respuesta es sí, indicar la cantidad de meses: _____

¿Existió alguna demora por parte del Cliente? Sí No _____: Si la respuesta es sí, indicar la cantidad de días de demora del cliente

No se presentó a la Cita/No solicitó Prórroga

Motivos:

Representante de la Junta de Fuerza Laboral Regional y Región/Condado/Unidad del Consejo (por favor, escribir en imprenta legible)

Número de Teléfono

Firma del Representante de la Junta de Fuerza Laboral Regional

Fecha

Sección C: Participante

Solicito una prórroga del plazo para recibir asistencia temporal en efectivo. (Favor inicialar: _____)

NO solicito una prórroga del plazo para recibir asistencia temporal en efectivo. (Favor inicialar: _____)

Retiro mi solicitud de prórroga del plazo para recibir asistencia temporal en efectivo. (Favor inicialar: _____)

Comentarios:

Nombre del Participante (Por favor, completar en imprenta legible)

Firma del Participante

Fecha

Sección D: Decisión (Para ser completado por ESS después que la recomendación de extensión por dificultad es recibida del RWB)

Prórroga por Dificultad Económica:

Aprobada Denegada

Si es aprobada, fecha de comienzo de la extensión: _____

Fecha de terminación de la extensión: _____

Prórroga #: _____

Si es denegada, razón por la cual se denegó: _____

(Indique el factor de no elegibilidad para extensión, criterio para no aprobación de extensión en la Sección B o la no petición del participante/abandono en la Sección C)

Representante de DCF (por favor, imprenta legible)

Firma del Representante de DCF

Fecha