



Revisión de la Prórroga del Beneficio por Dificultad Económica

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

Número de Seguro Social

Caso #/Categoría/Secuencia

Número de Unidad de ESS

Región/Condado/Unidad del Consejo

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 (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 Sobrecalificación 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 (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