

DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA

IMPORTANTE: LA ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS ES POR TIEMPO LIMITADO

Las categorías de las Subvenciones de Asistencia para el Cuidado de Niños en Bloque para el Trabajo (**BW** por sus siglas en inglés), la Subvención en Bloque por Incapaz/No Disponible (**BU** por sus siglas en inglés), y la Subvención en Bloque para Padres Adolescentes (**BT** por sus siglas en inglés) se limitan a no más de **1380 unidades pagadas o 60 meses acumulativos en un calendario civil por niño**, el que sea *más tarde*. Para tener derecho a una extensión de **6 meses** de Asistencia de Cuidado de Niños (después de la terminación de su tiempo límite), se le pedirá una declaración sobre los esfuerzos que hizo para mejorar sus habilidades y progresar hacia la autosuficiencia (durante el periodo de los 6 meses más recientes).

**Durante los últimos 6 meses, he hecho los siguientes esfuerzos para mejorar mis habilidades y progresar hacia la autosuficiencia;
 (X todo lo que corresponda)**

<p>1. <input type="checkbox"/> Me inscribí o busque trabajo a través del One Stop Career Centers del DES (Centros de Servicios Integrados hacia la Búsqueda de una Carrera), DES Job Service (Servicios Laborales del DES), otras agencias laborales públicas o privadas o de manera independiente.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Solicité un mejor trabajo.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> He estado empleado de manera consistente.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me despidieron temporal e indefinidamente, pero dentro de un periodo de 60 días encontré un nuevo empleo.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Me cambié a un mejor trabajo (con mejor salario, más horas, o mejores beneficios).</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Obtuve ganancias netas de manera constante en mi propio negocio.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Asistí a clases de recuperación para obtener un diploma de escuela secundaria o un GED.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Asistí a clases de inglés para hablantes de otros idiomas (ESOL por sus siglas en inglés).</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela técnica o vocacional, instituto superior o universidad y progresé de manera satisfactoria en la actividad.</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Asistí a una escuela o capacitación relacionada al trabajo o busqué un título o certificado que me llevará a obtener mejores oportunidades profesionales.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> NO he solicitado Asistencia en Efectivo para mí mismo de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas).</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me comuniqué con la División de Ejecución de Sustento para Menores del DES sobre el sustento de parte de un padre ausente o para establecer la paternidad.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Continué con mi plan de tratamiento bajo la dirección de un médico, psiquiatra, o psicólogo.</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Cumplí con el plan del caso, de un refugio para víctimas de violencia doméstica o de un albergue para gente sin hogar.</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Terminé con, o estoy en proceso de terminar un programa de rehabilitación de drogas o alcohol o de servicio comunitario por orden de un tribunal.</p>
---	---

NOMBRE DEL SOLICITANTE (<i>En letra de molde</i>)	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
---	-----------------------	-------

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato

u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese al 602 542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English at your local office.