

AVISO DE AUDIENCIA DE EXTENSIÓN

Fecha

PARA: _____
condado de

DE: _____ DSS del

Dirección

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Ciudad, estado y código postal

Número de teléfono

Estimado/a _____:

El _____ usted o su representante solicitaron más meses de beneficios de Work First
(Fecha) para su familia. Para ver si reúne los requisitos para meses adicionales,
se ha programado una audiencia de extensión para el _____ a las _____ en
Fecha Hora

Lugar

Derechos y responsabilidades

- Usted puede solicitar información del expediente de su caso de Work First como ayuda para prepararse para la audiencia de extensión.
- Puede optar por asistir o no a la audiencia de extensión.
- Puede mandar a cualquier otra persona a la audiencia de extensión, incluso a un asesor legal que usted pague.
- Puede presentar información que no le haya dado previamente al asistente social de Work First.
- Puede posponer la audiencia de extensión una vez.
- Usted DEBE proporcionar toda la información necesaria para determinar si reúne los requisitos para meses adicionales de Work First.

Aviso importante

Aunque se le otorguen meses adicionales de Work First en la audiencia de extensión, usted aún debe cumplir con todos los requisitos del Programa Work First. Si usted no cumple con los requisitos, no recibirá meses adicionales de Work First.

Si tiene dudas o necesita más información acerca de su audiencia de extensión, comuníquese lo antes posible con la dirección o el número de teléfono que se encuentran arriba.

Firma