

SOLICITUD DE AUDIENCIA DE EXTENSIÓN

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Modo de presentación de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que solicita la audiencia de extensión: \_\_\_\_\_

Nombre de la o las personas para quienes se solicita la audiencia de extensión:

\_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_

Dirección donde vive actualmente la persona (debe solicitarse en el condado en que vive)

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

¿Por qué se está solicitando una audiencia de extensión?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la audiencia de extensión: \_\_\_\_\_

(Si corresponde, llene el formulario DSS-8228 o un cuaderno de trabajo comparable para determinar la elegibilidad.)

Decisión: Aprobada / Denegada Duración de la extensión: \_\_\_\_\_ meses

Razón de la aprobación o denegación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la Junta del DSS o de la persona designada

\_\_\_\_\_  
Fecha