

ARKANSAS WORK PAYS



EDUCACIÓN

ENTRENAMIENTO

MANTENGA SU TRABAJO



CONSIGA UN MEJOR TRABAJO

AUMENTE SUS INGRESOS



EDIFICA TUS INGRESOS, CONSTRUYE UNA CARRERA

- Reciba bonos por mantener su trabajo e incrementar sus ingresos
- Reciba servicios de apoyo mientras trabaja
- Reciba un pago mensual de asistencia en efectivo para ayudar con los gastos mensuales
- Reciba asesoramiento profesional para ayudarlo a mantener su trabajo e incrementar su salario

Revised 4/11/2022

EL PROGRAMA WORK PAYS (TRABAJAR PAGA) DE ARKANSAS SIGNIFICA MÁS DINERO PARA SU FAMILIA



¿Qué es Work Pays?

El Programa de Work Pays de Arkansas ofrece asistencia a aquellos que participaron en el Programa de Asistencia de Empleo Transitorio (TEA- siglas en inglés) y que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Mientras esté en el programa de Work Pays de Arkansas, usted:

- Debe mantener sus talones de pago o cheques.
- Recibirá asistencia mensual de \$204 en efectivo, mientras participe en el programa (por hasta 24 meses).
- Recibirá bonos significativos por mantener su trabajo e incrementar sus ingresos.
- Recibirá apoyo individualizado de su administrador de casos para ayudarlo a mantener su trabajo, ser promovido u obtener un mejor trabajo; e incrementar sus ingresos.

Work Pays puede ayudarlo a ganar cheques con más paga

Work Pays puede ayudarlo a incrementar su nivel de ingresos y salir de trabajos con salarios bajos.

- Aprenderá los secretos para conseguir una promoción.
- Recibirá ayuda para obtener un aumento salarial.
- Incrementará su valor para su empleador para que trabaje más horas y se le pague más.
- Creerá un plan de cómo ganar más dinero.



Si califica para Work Pays, también puede ser elegible para recibir:

- Ayuda para gastos educativos.
- Ayuda con gastos relacionados con el trabajo.
- Ayuda pagando el cuidado infantil.
- Ayuda con transporte.
- Medicaid de transición o ARKids 1st.
- Asesoría de crédito financiero.
- Cuentas de desarrollo individual.
- Tutoría.
- Crédito tributario por ingreso del trabajo.

¿Cómo puede ayudarme Work Pays?

El camino depende de usted. Su administrador de casos lo ayudará en cada paso del camino. Su administrador de casos puede ayudarlo a encontrar un mejor trabajo, ayudarlo a alcanzar sus metas educativas, ayudarlo a obtener su GED y ayudarlo con el cuidado y el transporte infantil. Además de todo el apoyo individual que recibirá para alcanzar sus metas educativas y profesionales, también recibirá apoyo financiero mientras esté en el programa.

Asistencia mensual en efectivo	\$204 durante 24 meses, hasta un máximo de	\$4,896
1er Bono	Por permanecer empleado por tres meses consecutivos	\$400
2ndo Bono	Por permanecer empleado por seis meses adicionales	\$600
3er Bono	Por completar exitosamente los requisitos de trabajo durante 21 de los 24 meses del programa	\$800
4rto Bono	Si sus ganancias exceden 150% el nivel de pobreza federal y usted abandona el programa	\$1,200
Esto es lo que se lleva a casa si cumple con todos los requisitos del programa de WORK PAYS y califica para todos los bonos		\$7,896

¿Quién es Elegible?

Si usted es un ex beneficiario de beneficios de Asistencia de Empleo Transitorio (TEA) y su caso se cerró debido a que se convirtió consiguió empleo, es posible que sea elegible para Work Pays.

Una persona debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegible para Work Pays:

- Estar empleado al menos 30 días antes de la fecha de su aplicación de Work Pays.
- Estar a cargo del cuidado y custodia de un pariente menor de edad.
- Ser residente del estado de Arkansas.
- Cumplir con ciertos requisitos de ciudadanía o estatus migratorio.
- Aplicar a Work Pays dentro de seis (6) meses desde el cierre su caso de TEA.
- Haber recibido asistencia en efectivo por al menos tres (3) meses del programa TEA;
- No haber recibido más de veinticuatro (24) meses de beneficios del programa de Work Pays de Arkansas.
- Cumplir con el requisito de horas de trabajo- Usted debe participar en una actividad remunerada por al menos veinticuatro (24) horas a la semana y cumplir con el nivel de participación federal, que suele ser seis (6) horas por semana ya sea en una actividad remunerada u otra actividad de trabajo permitida.
- Este número de horas adicionales podrían ser más o menos dependiendo de su situación familiar.
- Su administrador de casos lo ayudara determinar si necesita horas adicionales para cumplir con su requisito de trabajo.
- Tener ingresos por debajo del 150% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su familia;
- Cumplir con el Acuerdo de Responsabilidad Personal de Work Pays.
- Cumplir con los requisitos de la Oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil (OCSE-siglas en inglés), incluida la asignación de manutención de menores y la cooperación para establecer paternidad y/o manutención, a menos que exista una buena causa;
- Cumplir con los requisitos de análisis/prueba de drogas.

¿Qué debería esperar si mi solicitud es aprueba?

PRIMERA ENTREVISTA DE WORK PAYS

Muy poco después de la aprobación de su solicitud de Work Pays, su administrador de caso se comunicará con usted. Durante la primera entrevista, el administrador de su caso revisará la información que usted proporcionó en la aplicación y le hará preguntas acerca de las circunstancias de su familia. Esto ayudará a determinar qué servicios necesita su familia. Su administrador de casos le explicará todos los requerimientos del programa para que usted entienda sus responsabilidades mientras participa en el programa. Su administrador de casos le explicará los documentos necesarios, permitidos para que usted documente sus actividades de trabajo semanales y como puede proporcionar aquella información cada período de pagos.

PLAN DE CRECIMIENTO PROFESIONAL

Si a usted lo aprueban para recibir Work Pays, usted y su administrador de caso pueden establecer un Plan de Crecimiento Profesional. Este plan va a especificar los pasos que usted y su administrador de caso van a tomar para retener su trabajo e incrementar su salario. Usted y su administrador de caso van a trabajar como un equipo para mantener este plan. Cuando usted firme el plan, usted afirma que va a seguir los pasos especificados en el plan. Cuando su administrador de caso firme, él o ella compromete recursos estatales que le ayudarán a retener su trabajo e incrementar su paga.



ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE.

SÍ NECESITA ESTE MATERIAL EN UN FORMATO DIFERENTE, COMO LETRA GRANDE, COMUNÍQUESE CON SU OFICINA LOCAL DE DWS.

Sección I: Información del Solicitante Por favor, complete la siguiente información.

* Se requiere un número de seguro social o prueba de solicitud de un número de seguro social para todas las personas que recibirán beneficios.

Primer Adulto:

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Fecha de Nacimiento:

Género: Raza: Estado civil: ¿Le gustaría registrarse para votar? Sí No

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Está esta persona huyendo una acusación de felonía, una orden de arresto por un crimen o encarcelamiento? Sí No

Teléfono de casa o de mensajes: Teléfono celular: Dirección de correo electrónico:

Condado:

Dirección postal: Ciudad postal: Código postal:

Dirección física (si es diferente de la dirección postal): Dirección física - Ciudad: Código Postal Físico:

¿Hay un Segundo adulto en el hogar que sea el padre biológico o adoptivo de cualquier niño en el hogar? Sí No

Si es así, complete la información a continuación. De lo contrario, vaya a la Sección II.

Segundo Adulto:

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Fecha de Nacimiento:

Género: Raza: Estado civil: ¿Le gustaría registrarse para votar? Sí No

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Está esta persona huyendo una acusación de felonía, una orden de arresto por un crimen o encarcelamiento? Sí No

Teléfono de casa o de mensajes: Teléfono celular: Dirección de correo electrónico:

Sección II: Información sobre los niños

Niño Uno:

Nombre completo del niño: Fecha de nacimiento del niño: Ciudad y estado donde nació el niño:

Raza: Género: Relación con usted:

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Tiene un caso abierto de manutención infantil? Sí No Nombre completo del padre ausente: Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

Niño Dos:

Nombre completo del niño: Fecha de nacimiento del niño: Ciudad y estado donde nació el niño:

Raza: Género: Relación con usted:

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Tiene un caso abierto de manutención infantil? Sí No Nombre completo del padre ausente: Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

Niño Tres:

Nombre completo del niño: Fecha de nacimiento del niño: Ciudad y estado donde nació el niño:

Raza: Género: Relación con usted:

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Tiene un caso abierto de manutención infantil? Sí No Nombre completo del padre ausente: Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

Niño Cuatro:

Nombre completo del niño: Fecha de nacimiento del niño: Ciudad y estado donde nació el niño:

Raza: Género: Relación con usted:

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Número de Seguro Social: Número del documento migratorio: Estatus Migratorio:

¿Tiene un caso abierto de manutención infantil? Sí No Nombre completo del padre ausente: Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

Si tiene más de 4 hijos, incluya su información en una hoja adicional.

Sección III: Información sobre empleo/ingresos. Por favor, complete la siguiente información.

Primer Adulto:

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

¿Está empleado? Sí No

Nombre de la empresa y/o Afiliación de Operaciones o DBA (si corresponde):

Calle de la empresa y dirección postal (si es diferente): Ciudad, estado y código postal:

Nombre impreso del supervisor: Número de teléfono de contacto: Número de fax:

Salario por hora: Horas por semana: ¿Qué tan seguido le pagan?
 Semanal Mensual Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Otro – Explicar:

Por favor, nombre si participa en cualquier otra actividad, como servicio comunitario, estudio de trabajo universitario, etc. ¿Cuántas horas a la semana?

¿Recibe algún ingreso no ganado? Sí No ¿Cuánto? ¿Con qué frecuencia? Fuente de ingresos:

Segundo Adulto:

Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

¿Está empleado? Sí No

Nombre de la empresa y/o Afiliación de Operaciones o DBA (si corresponde):

Calle de la empresa y dirección postal (si es diferente): Ciudad, estado y código postal:

Nombre impreso del supervisor: Número de teléfono de contacto: Número de fax:

Salario por hora: Horas por semana: ¿Qué tan seguido le pagan?
 Semanal Mensual Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Otro – Explicar:

Por favor, nombre si participa en cualquier otra actividad, como servicio comunitario, estudio de trabajo universitario, etc. ¿Cuántas horas a la semana?

¿Recibe algún ingreso no ganado? Sí No ¿Cuánto? ¿Con qué frecuencia? Fuente de ingresos:

¿Quién recibe ingresos adicionales?	¿Cuánto ingreso adicional se recibe?	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos adicionales?	¿Dónde está la Fuente de los ingresos?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección IV: Debe leer antes de firmar la solicitud.

Entiendo que el Acuerdo de Responsabilidad Personal (PRA) me proporcionará responsabilidades individuales que debo cumplir mientras participo en el Arkansas Work Pays Program. Entiendo que este programa está limitado a veinticuatro (24) meses y que debo estar empleado y buscando empleo que aumentará mi salario y mejorará mis opciones de carrera. Entiendo que se proporcionarán servicios de apoyo si son elegibles.

Acepto las siguientes responsabilidades:

1. Trabaja el máximo número de horas posible, hasta 40 horas semanales. Pero si solo puedo trabajar 24 horas semanales, acepto participar en otras actividades de trabajo permitidas según lo requiera mi administrador de casos.
2. Aceptar empleo a tiempo completo de ser ofrecido.
3. Cooperar y trabajar con mi administrador de caso en el desarrollo del Plan de Crecimiento Profesional y seguir las actividades del plan.
4. Hacer un seguimiento de las oportunidades de trabajo que conducirían a un mejor salario y una posible carrera.
5. No renunciaré voluntariamente el empleo.
6. Quiero asegurar que mis hijos reciban inmunizaciones infantiles apropiadas para su edad.
7. Asegúreme de que mis hijos en edad escolar asistan a la escuela.
8. Cooperaré con la Oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil y/o estableciendo paternidad.
9. Informar cualquier cambio que afecte mi elegibilidad dentro de 10 días.

Entiendo que es ilegal usar la tarjeta de EBT en cualquier:

1. Licorería*;
2. Casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos de azar; y
3. Establecimiento comercial donde los artistas se desvisten o donde el entretenimiento es promocionado al desnudo.

Esto significa que no puedo usar mi tarjeta EBT en los lugares mencionados anteriormente de ninguna de las siguientes maneras:

1. Como tarjeta de crédito o débito;
2. En un cajero automático (ATM);
3. En un terminal o un punto de venta (POS);
4. En línea para retirar fondos o procesar el pago de mercancías o servicios.

*Esto no incluye las tiendas de provisiones que venden licor intoxicante, comestibles, incluyendo alimentos básicos.

Entiendo que en algunas circunstancias la agencia puede determinar que tenía una buena causa para no cumplir con los requisitos anteriores.

Asignación de Manutención Infantil: Entiendo que, si acepto beneficios, acorde a la ley estatal, habré asignado todos los derechos, títulos e intereses en cualquier apoyo que tenga en mi propio nombre o en nombre de cualquier otra persona por la que esté recibiendo un pago de beneficios. Entiendo que todos los pagos de mantenimiento, incluyendo los recibidos por mí directamente del padre ausente, se pagarán a la Oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil. Entiendo que esta asignación termina cuando deje de recibir beneficios, excepto en cuanto a cualquier obligación de apoyo generado en el momento en que mi caso fue cerrado. También entiendo que, como condición de elegibilidad, tengo que cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Manutención Infantil en el establecimiento de paternidad y obteniendo de la manutención infantil.

Aviso a los solicitantes: Lea con cuidado antes de firmar esta solicitud.

Entiendo que a ninguna persona se le pueden negar beneficios por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política. De acuerdo con la ley federal y la póliza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. DWS guarda datos étnicos para asegurar que los beneficios se distribuyan sin tener en cuenta el color de la raza o el origen nacional.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese por correo postal con la Oficina de Derechos Civiles del DHHS - Región VI, 1301 Young Street - Suite 1169, Dallas, TX 75202, por fax al (214) 767-0432, o lláme al (214) 767-4056 para hablar, o (214) &67- 8940 para TDD. Una queja puede ser presentada electrónicamente accediendo: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

Proporcionar un número de Seguro Social y/o información sobre la ciudadanía o el estado migratorio es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que no proporcione o se niegue a proporcionar esta información no será elegible para recibir asistencia de empleo transitorio (TEA) y/o beneficios de Work Pays. Otros miembros del hogar que proporcionan esta información pueden participar en TEA y Work Pays si se determina que el hogar es elegible.

Lea con cuidado antes de firmar esta aplicación.

- Entiendo que debo establecer mi elegibilidad proporcionando tanta información me sea posible y en ciertas situaciones puede que me requieran proporcionar pruebas de mis circunstancias.
- Autorizó al Departamento de Servicios Humanos (DHS) y a la División de Servicios Laborales (DWS) a obtener información de otras agencias estatales y otras fuentes para confirmar la exactitud de mis declaraciones.
- Entiendo que, como condición de elegibilidad, cada solicitante o beneficiario de los beneficios de Work Pays debe proporcionar su número de seguro social al DHS/DWS. La ley federal 442 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1) y el Manual de Pólizas de Asistencia de Empleo Transitorio de DHS requieren que DHS/DWS obtenga su NSS (Numero de Seguro Social) antes de aprobar su solicitud. La divulgación de su Número de Seguro Social es voluntaria. Sin embargo, el individuo que no proporcione el número o no solicite uno, no será elegible para recibir beneficios. Si alguien no tiene un NSS, DHS ayudará a la persona a solicitar uno. Siempre y cuando una solicitud de NSS haya sido presentada en la Oficina del Seguro Social, la solicitud puede ser aprobada. DHS/DWS también utilizará los Números de Seguro Social de los solicitantes y participantes del programa para acceder a información, determinar elegibilidad, verificar salarios, ingresos no ganados y otra información, para evitar la participación duplicada, para facilitar cambios masivos en los beneficios federales y para determinar la exactitud y veracidad de la información.
- Entiendo que a ninguna persona se le pueden negar los beneficios de Work Pays por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política.
- Puedo solicitar una audiencia con DHS si no se toma una decisión sobre mi caso dentro del tiempo límite, o si no estoy de acuerdo con la decisión.
- Acepto notificar a mi administrador de casos dentro de los 10 días si yo, o cualquiera de mis dependientes, deja de vivir en mi casa, si me mudo o si ocurre cualquier otro cambio en mis circunstancias.
- Autorizo al DHS/DWS a examinar todos mis registros o los registros de aquellos que reciben o han recibido beneficios de Work Pays a través de mí para investigar si alguna persona ha cometido fraude, o para su uso en cualquier procedimiento legal, administrativo o judicial.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y CORRECTO. Si recibo beneficios a los que no tengo derecho porque retuve información o proporcioné información errónea, dicha asistencia estará sujeta a recaudación por parte de la División de Servicios Laborales de Arkansas/TANF.

Nombre Impreso del Primer Adulto:

Fecha:

Firma del primer adulto:

Nombre Impreso del Segundo Adulto:

Fecha:

Firma del Segundo Adulto:

Imprima el nombre de la persona que le ayudó a completar el formulario:

Número de teléfono de la persona que le está ayudando a completar el formulario:

Firma de la persona que ayuda a completar el formulario:

Una decisión acerca de su solicitud debe tomarse dentro de los 30 días. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Work Pays, llame a su administrador de casos.

Nombre Escrito del Solicitante/Beneficiario:

Usted necesita devolver este documento a DWS el:

Efectivo el 1 de enero del 2016, acorde a la Ley 1205 de 2015, todos los solicitantes/beneficiarios adultos (mayores de 18) del programa TANF quienes son de lo contrario elegible para el programa TANF, como requerimiento, deben someterse a una evaluación de uso ilegal de sustancias controladas. Si el solicitante o beneficiario está bajo sospecha de uso ilícito de sustancias reguladas, tendrá que someterse a una prueba de drogas y posiblemente a un tratamiento de abuso de sustancias. Si el solicitante o beneficiario incumple cualquiera de los requerimientos, el caso de TANF será negado/cerrado o el caso será aprobado con un beneficiario designado. El uso ilegal de sustancias controladas (drogas ilícitas) significa:

- El uso de una droga que está en contra de la ley, o
- El uso de un medicamento con prescripción, que es una sustancia controlada, que no le fue recetado a usted.

Cada persona en su hogar, que no este exonerada de la evaluación y prueba de drogas, tiene que contestar las siguientes preguntas antes de poder determinar su elegibilidad al programa de TANF. Cada adulto elegible recibirá un formulario para completar.

Entiendo los procedimientos de la evaluación de drogas tal como están detallados en este formulario y responderé a las preguntas a continuación con la verdad.

- Sí No ¿Ha usado sustancias ilícitas, en los últimos 30 días?
 Sí No En los últimos 30 días, ¿ha perdido o no le negaron un trabajo a causa de uso actual de drogas ilegales?

Firma del Solicitante/Beneficiario:

Fecha:

Nombre Escrito del Solicitante/Beneficiario:

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USTED

Si usted no completa este formulario y lo devuelve a DWS hasta la fecha indicada, su solicitud se negará. Si usted es un beneficiario, su caso se cerrará. Si tomamos esta acción, le enviaremos una notificación aparte.

- Mientras esta(n) recibiendo asistencia financiera, el/los miembro(s) adulto(s) del hogar podría(n) tener que completar la evaluación de drogas de TANF si hay causa probable de uso ilícito de sustancias controladas.
- Si el resultado de su prueba de drogas es positivo, usted debe cooperar con los requerimientos de evaluación de drogas y su Plan de Acción o su caso será negado/cerrado o procesado con un beneficiario designado.

ADWS and DHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades | Conforme a la Ley VI y VII del Decreto de los Derechos Civiles de 1964 (Título VI & VII), y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990(ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y el Acta de Discriminación por Edad de 1975. La División prohíbe discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades, o empleo basado en raza, color, religión, género, origen nacional, edad, y discapacidad. La División debe dar acomodación razonable para permitir que la persona con discapacidad participe en el programa, servicio o actividad. Por ejemplo, de ser necesario esto significa, que la División debe proveer intérpretes de lenguaje de señas para sordos, una localidad con acceso para silla de rueda, o materiales impresos en letra grande. También significa que la División tomará cualquier otra acción que le permita participar de y entender el programa o actividad, esto incluye hacer cambios razonables a la actividad. Si usted cree que no va a comprender o participar en un programa o actividad a causa de su discapacidad, por favor déjenos saber sus necesidades, de ser posible, adelantadamente. Para solicitar este documento en formato alternativo o para más información acerca de esta póliza, comuníquese con el administrador de su oficina local.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE.

CÓMO APLICAR

Complete la aplicación, desconéctela del folleto y dóblela por la mitad mostrando la dirección postal hacia afuera y envíela a la dirección a continuación.

Usted recibirá notificación de su aprobación o negación dentro de 30 días desde la fecha en que se recibió su aplicación.

Si el formulario de aplicación no está adjunto, usted puede accederlo visitando su Workforce Center de Arkansas más cercano o la oficina local de la División de Servicios Laborales.

A continuación la información de contacto para las oficinas de DWS:

UBICACIONES DE DWS

Arkadelphia 870-246-2481	Fayetteville 479-521-5730	Jonesboro 870-935-5594	Newport 870-523-3641	West Memphis 870-400-2269
Batesville 870-793-4156	Forrest City 870-633-2900/4580	Little Rock 501-320-3026/3027	Paragould 870-236-8512	
Benton 501-776-2974	Fort Smith 479-783-0231	Magnolia 870-234-3440	Pine Bluff 870-534-1920	
Blytheville 870-762-2035	Harrison 870-741-8236	Malvern 501-332-5461	Rogers 479-636-4755	
Camden 870-836-5024	Helena 870-338-7415	Mena 479-394-3060	Russellville 479-968-2784	
Conway 501-730-9894/9897	Hope 870-777-3421	Monticello 870-367-2476	Searcy 501-268-8601	
El Dorado 870-862-6456	Hot Springs 501-525-3450	Mountain Home 870-425-2386	Texarkana 870-216-4011	

Dirección del Destinatario:

Doble por la mitad, adhiera las esquinas entre ellas, ponga una estampilla en el formulario y envíelo por correo postal a la siguiente dirección.

Estampilla

ARKANSAS WORK PAYS PROGRAM
Attn.: TANF Central Processing Unit
P.O. Box 4279
Little Rock, Arkansas 72214