# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE OTERO / SERVICIOS PARA ADULTOS SUBVENCIÓN EN BLOQUE PARA SERVICIOS COMUNITARIOS (CSBG) POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

El Departamento de Servicios Humanos del Condado de Otero hará todo lo posible para proporcionar asistencia económica a las personas con el fin de mantener sus actividades de la vida diaria y el bienestar físico dentro de los límites de las políticas locales, estatales y federales.

El Condado de Otero está dedicado a los principios de igualdad de oportunidades. El Condado de Otero prohíbe la discriminación ilegal contra los solicitantes por motivos de raza, sexo, color, religión, edad, origen nacional, discapacidad, información genética, orientación sexual, estado civil o de veterano, o cualquier otro estado protegido por la ley aplicable.

Si cree que ha habido una violación de la política de EEO o acoso basado en las clases protegidas descritas anteriormente, incluido el acoso sexual, utilice el siguiente procedimiento de queja. El Condado de Otero espera que los solicitantes presenten una queja dentro de los 5 días hábiles para permitir que el Condado investigue y corrija cualquier comportamiento que pueda estar violando esta política.

Reporte el incidente a un funcionario electo/jefe de departamento y/o a Recursos Humanos (EEO/ADA), quien investigará el asunto y tomará medidas correctivas, según sea necesario. Su queja se mantendrá tan confidencial como sea posible. Se harán esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad de todos los involucrados en cualquier investigación.

## ELEGIBILIDAD:

Para calificar para una Subvención de Asistencia Económica de CSBG, cada individuo/familia debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Los solicitantes deben ser residentes de los condados de Bent, Crowley u Otero.
2. Los solicitantes deben estar en o por debajo del nivel federal de pobreza.
3. El solicitante **no debe** tener una sanción/recuperación por "error del cliente" bajo ningún otro programa del DHS aquí o en cualquier otro condado.
4. Los solicitantes deben demostrar sostenibilidad futura para el servicio solicitado.
5. El solicitante debe estar legalmente presente en los Estados Unidos.

## TIPOS DE SERVICIO:

Los servicios incluirán gastos razonables asociados con las necesidades esenciales y el bienestar físico, incluidos, entre otros, los siguientes:

* Dental (Servicios Dentales para Adultos, incluidos los Procedimientos Dentales de Emergencia) (incluye nutrición)
* Reparaciones en el hogar (por ejemplo, electrodomésticos, calentadores de agua, sistemas de calefacción, etc.)

## PROCEDIMIENTOS:

Se debe obtener una solicitud y enviarla al Departamento de Servicios Humanos / Servicios para Adultos del Condado de Otero. Debe completarse en su totalidad, incluida la narrativa financiera y la información de antecedentes. Junto con la solicitud, el solicitante debe proporcionar lo siguiente:

1. Todas las solicitudes deben estar firmadas y fechadas por los solicitantes y completadas en su totalidad.
2. Licencia de conducir/identificación con foto para todos los miembros adultos del hogar.
3. Verificación de los ingresos de todos los miembros del hogar. Los tipos de ingresos incluirán, entre otros: ganados, asistencia pública como AND, TANF, manutención de los hijos y/o pensión alimenticia; Seguridad Social y estudio del trabajo.
4. Tarjetas de Seguro Social de cada miembro del hogar.
5. Proporcionar una estimación de los servicios o bienes propuestos por el proveedor. Todas las estimaciones se enviarán a Ken Shearer. Dirección de correo electrónico: [kenneth.shearer@state.co.us](mailto:kenneth.shearer@state.co.us) o FAX: 719-383-4607.
6. El nombre del solicitante debe coincidir con el nombre que figura en el contrato de arrendamiento o en el contrato de hipoteca. La asistencia solicitada en otros servicios debe ser para la residencia en el momento de la solicitud y, si no está a nombre del solicitante, debe ser el nombre del adulto que vive en la misma residencia.
7. Todas las personas que vivan en el hogar se considerarán UN hogar y se requiere toda la información y verificación de todos los miembros del hogar.
8. El proceso de solicitud no durará más de un mes. Si no se recibe la documentación o los elementos de verificación en ese tiempo, se cerrará la solicitud. Las fechas de vencimiento de las facturas serán responsabilidad del solicitante.
9. Mínimo de 2 estimaciones, con un derrame de 80/20. Si el servicio está por encima del límite con el que podemos ayudar, se le pedirá al cliente que proporcione algo por escrito que indique cómo va a pagar el saldo.
10. Los pagos de las solicitudes aprobadas se enviarán directamente a los vendedores o proveedores de servicios una vez que se haya enviado el 20% al proveedor o proveedor de servicios. Los vales se pueden utilizar para servicios o suministros prestados. Las cuentas del Condado se ejecutan dos veces al mes, aproximadamente el 15 y el 30.
11. Se enviarán cartas de determinación en todas las solicitudes.
12. La recopilación de datos se llevará a cabo por medio de encuestas y llamadas telefónicas de seguimiento para verificar los resultados de cómo CSBG ayudó a los solicitantes.

## LIMITACIONES Y PLAZOS DEL SERVICIO:

1. Cada solicitante estará limitado a un servicio por período de dos años. Cada período de dos años comenzará en la fecha en que se reciba el primer servicio. El solicitante aprobado solo puede ser asistido tres veces en su vida. La asistencia a través del programa de desvío del DHS se considerará una de las tres veces para la asistencia de por vida.
2. Al verificar las solicitudes, si el hogar tiene sanciones, descalificaciones o recuperaciones a través de cualquier Departamento de Servicios Humanos, la solicitud será denegada.
3. Todos los servicios deben ser PRE-APROBADOS.
4. "Los fondos de CSBG no ayudarán a los clientes que tienen un problema sistémico de personas sin hogar", que se define como, entre otros, una necesidad crónica basada en una mala toma de decisiones, la participación repetida con las fuerzas del orden y la utilización de múltiples agencias para la misma necesidad. Estos casos no se considerarán como una necesidad urgente para financiar el alojamiento durante la noche.

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS:

Una vez que se ha recibido una solicitud, podemos buscar Ingresos del Trabajo y Desempleo, así como si alguien está recibiendo algún tipo de beneficios del Seguro Social, como los beneficios de LEAP, para todos los miembros del hogar. El cliente debe presentar una verificación de ingresos, como los talones de pago de los meses anteriores; cartas del Seguro Social que muestren sus ingresos, cartas que verifiquen sus beneficios de desempleo o algo que verifique la manutención de los hijos para todos los miembros del hogar. Si hay algún tipo de discrepancia, se notifica al cliente y se le pide que explique la discrepancia. Los ingresos auto declarados sin documentación verificada se utilizarán como último recurso y serán documentados como tales por el participante y el trabajador de admisión.

## ELEGIBILIDAD:

Si el cliente cumple con los requisitos anteriores para CSBG, también le pediremos que complete una solicitud. Si el cliente no tiene ingresos y no puede demostrar que tiene sostenibilidad, no podemos ayudarlo con el alquiler o los servicios públicos. Esta regla no se aplica si están solicitando anteojos o medicamentos. Si el hogar tiene alguna sanción por "error del cliente", violaciones intencionales del programa (IPV, por sus siglas en inglés) o recuperación, no son elegibles para aplicar. Los clientes son elegibles para solicitar asistencia cada 2 años. Tenemos una base de datos donde hacemos un seguimiento de todas las personas que se han postulado. Cuando alguien viene a presentar una solicitud, primero buscamos en la base de datos para ver si es elegible.

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Otero / Servicios para Adultos

13 West 3rd Street, Room 110, La Junta, CO 81050

Oficina - (719) 383-3166 • Fax - (719) 383-4607

### Solicitud de servicios

Todas las solicitudes deben incluir lo siguiente:

**Declaración de Necesidad/ Situación Actual:**

Mi hogar no pudo pagar la totalidad o parte de los gastos solicitados porque experimentamos la siguiente necesidad financiera debido a lo siguiente: (**proporcione detalles específicos a continuación)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Complete estos gastos mensuales o proporcione una estimación basada en los gastos de meses anteriores en esta residencia:**

Alquiler mensual/hipoteca: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factura de gas : $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factura de electricidad : $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Factura de agua:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factura de teléfono/cable:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factura de comestibles: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sírvase proporcionar información detallada sobre las siguientes preguntas:**

1. ¿De quién ha tratado de obtener ayuda para esta solicitud? ¿Cuál fue su respuesta?

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

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

2. ¿Por qué no puede pagar este servicio en este momento? Si esta solicitud es para Asistencia de Emergencia, dé razones de por qué se trata de una Emergencia en este momento.

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

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

3. Si recibe asistencia a través de CSBG, ¿cómo pagará este servicio en el futuro?

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

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

1. ¿Cómo le ayudará esta asistencia a usted o a alguien en su hogar a mantener/mantener un trabajo?

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

1. ¿Cómo le ayudará esta asistencia a permanecer en su hogar y a salvo?

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

1. Si está solicitando asistencia para el empleo y no ha (re)ingresado a la fuerza laboral, ¿cómo le ayudará esto a obtener empleo?

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

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

**Certificaciones y Firma**

\_\_\_\_\_ certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_\_I entender que proporcionar declaraciones o información falsa es motivo para denegar los apoyos solicitados.

\_\_\_\_\_\_I autoriza al Estado de Colorado y a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud.

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Otero / Servicios para Adultos

13 West 3rd Street, Room 110, La Junta, CO 81050

Oficina – (719) 383-3166 • Fax – (719) 383-4607

### Solicitud de servicios

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | | Número de teléfono |
| Dirección de la calle | | | Dirección postal |
| Ciudad | CO del Estado | Cremallera | Calificación más alta completada |
| DOB | Género | | Número de personas en el hogar |

**ENUMERE A CADA MIEMBRO DEL HOGAR, INCLUYÉNDOSE A SÍ MISMO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relación** | | **Seguridad social #** | **Fecha de nacimiento, edad** |
| 1. |  | |  |  |
| 2. |  | |  |  |
| 3. |  | |  |  |
| 4. |  | |  |  |
| 5. |  | |  |  |
| **ME IDENTIFICO COMO:**   * Masculino 🞎 Femenino * Otro     **ETNIA: (opcional)**   * De origen hispano, latino o español * No es de origen hispano, latino o español   **CARRERA: (opcional)**   * Blanco * Negro o afroamericano * Nativo Americano/Alaska * Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico * Asiático * Multi-Raza (2 o más)   **TIPO DE FAMILIA:**   * Padres solteros * Hogar con dos padres * Dos adultos/ningún niño * Persona soltera * Adultos no emparentados con hijos * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **VIVIENDA:**   * Propio 🞎 sin hogar Alquiler 🞎 Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **SEGURO DE ENFERMEDAD:**   * Medicaid 🞎 Medicare * Compra directa * Seguro Estatal de Salud para Niños * Seguro de salud estatal para adultos * Compra directa * Basado en el empleo   **ESTADO MILITAR:**   * Veterano * Militares Activos   **Adjunte Evidencia de Condición de Veterano (DD-214)**  **SITUACIÓN LABORAL:**   * Empleado a tiempo completo * Empleado a tiempo parcial * Trabajador Agrícola Temporal Migrante * Desempleado (6 meses. O menos) * Desempleado (más de 6 meses) * Desempleados (no forman parte de la fuerza laboral) * Jubilado | | |

**FUENTES DE INGRESOS Y MONTO: (Por favor, marque todo lo que corresponda)**

* Empleo SOLO $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Empleo Y Otra fuente de ingresos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Empleo, Otra fuente de ingresos Y beneficios no monetarios $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beneficios de empleo y no monetarios $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beneficios no monetarios SOLO $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sin ingresos
* Otra fuente de ingresos SOLO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otros (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTRA FUENTE DE INGRESOS Y MONTO:**

* TANF $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SSI $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SSDI $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Seguro Privado de Incapacidad $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ingresos de jubilación del Seguro Social $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pensión $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Manutención de los hijos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pensión alimenticia u otra manutención conyugal $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Seguro de Desempleo $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BENEFICIOS NO MONETARIOS:**

* SNAP $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* WIC $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* LIHEAP $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vale de vivienda $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vivienda Pública $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vale de cuidado de niños $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lavado de capucha $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vivienda de Apoyo Permanente $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MONTO TOTAL SOLICITADO: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL DEL HOGAR: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Firma Fecha**