UPDATE HH INFO (Internal use only)

CUESTIONARIO PARA SERVICIOS CENTROS DE SERVICIOS FAMILIARES DE LA CIUDAD DE PHOENIX

☐	☐	☐	**Tipo de cita:**_____
Travis L. Williams 4732 S. Central 85040 (602) 534-4732 - Office	**John F. Long** 3454 N. 51st Ave. 85031 (602) 262-6510 - Office	**Sunnyslope** 914 W. Hatcher Rd. 85021 (602) 495-5229 - Office	**Fecha**: _____

Línea de citas de emergencia: 602-534-AIDE or 602-534-2433
Número gratuito: 1-(866) 882-1778

Fecha de nacimiento	**Nombre**	**Apellido**	**Inicial del segundo nombre**

Número de seguro social	**Género (marque el que corresponda):** **Masculino/Femenino/Otro**	**Origen étnico:** **Hispano/ Latino/ Ninguno**	**Raza:**

Dirección	**Apartamento/ lote/unidad**	**Ciudad**	**Código postal**

Tipo de vivienda: (marque el que corresponda) **Alquilar / Propia / Vivienda subsidiada/ Sin hogar/ Otra vivienda permanente/ Otro**	**Pago mensual de vivienda:** **$**	**Número telefónico (casa /celular /mensaje)** **(** **)**	**Número de teléfono del trabajo** **( )**

Tipo de Seguro Medico	**Ultimo grado escolar completado**	**Estado de Ciudadanía**

Tipo de empleo: **Empleado de tiempo completo / Medio Tiempo /Trabajador emigrante agrícola temporal/ Desempleado menos de 6 meses / Desempleado más de 6 meses /** **Permiso temporal/ Discapacitado/ Jubilado/ Otro:** _____ _____ _____	**Estado civil** **Soltero/ Casado/Viudo / Separado / Divorciado / Con Pareja/ Otro:** _____ _____ _____	**¿Cuánto tiempo ha vivido en Arizona?** **Años:**_____ **Meses:** _____	**¿Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Maricopa?** **Años:** _____ **Meses:** _____

¿Le gustaría ayuda para encontrar empleo? **□ SÍ □NO**	**ALGUIEN EN SU HOGAR ES:** **¿Embarazada? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____ **¿Anciano (60+)? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____ **¿Discapacitado? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____ **¿Recluido en casa? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____ **¿Veterano? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____ **¿En servicio militar? □ SÍ □No Si su respuesta es sí, ¿quién?** _____

¿Explique brevemente que causo que buscara asistencia financiera? _____

_____

Podemos trabajar juntos hacia una solución a través de administración de casos. La administración de casos es una forma de trabajar juntos para ayudarle a superar sus inquietudes. Trabajaremos en asociación para crear un plan de acción con los objetivos que desea alcanzar. Lo ayudaremos a encontrar recursos y formas de ayudarlo a alcanzar esos objetivos. ¿Está interesado en la gestión de caso? Sí ____No____

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA USTED Y CADA PERSONA QUE VIVA EN SU HOGAR:

Escriba la información de los miembros del hogar a continuación:

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Origen Etnico y Raza	Género	Tipo de seguro médico	Relación (a la persona que solicita la ayuda)	Último grado escolar completado	Estatus Laboral (ej. Empleado de tiempo complete, de medio tiempo, etc.)

****Para agregar miembros adiciónales, solicite una página adicional en la recepción. ****

Rev. 7/2020; Effective 7/1/2020

POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

1) **CUALQUIER DINERO QUE HAYA RECIBIDO (INGRESOS BRUTOS: ANTES DE DEDUCCIONES) DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.**
2) **TODAS LAS FACTURAS DE SERVICIOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR. **

¿ESTÁN SUS UTILIDADES DESCONECTADAS? SI_____ NO _____

MARQUE SU COMPAÑIA DE UTILIDADES: APS SRP SW GAS

¿PAGA AGUA A LA CUIDAD DE PHOENIX? SI _____ NO _____

A. Trabajo/empleo (Para todos los miembros del hogar):

Cualquier Trabajo de tiempo complete o parcial tiempo, trabajo diario, cuidado de niños, jardineria reparacion de automoviles, limpieza, etc.

Nombre de la persona recibiendo Ingresos	Fecha recibido	Cantidad Bruta

B. Beneficios de Seguro Social (SS, SSI, SSDI)

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

C. Asistencia social (TANF, TPEP, Program de Grant Diversion)

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

D. Programa de Asistencia Nuticional Suplementaria

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

E. Seguro de desempleo, Indemnización laboral

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

F. Manutención de menores (De todos los estados, si es el caso)

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

G. Otros ingresos (Por cabeza, retiro/pensión, etc.)

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

H. Administración de Veteranos (Compensación de discapacidad, Dependencia y compensación de indemnización o Compensación mensual especial)

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

GASTOS:

1. **Electricidad:$_____**
   Número de cuenta_____
2. **Agua: $_____**
   Número de cuenta$_____
3. **SWGas:$_____**
   Número de cuenta_____
4. **Pago de vehículo/trasportación** $_____
5. **Cuidado de niños o dependentes** $_____
6. **Comida** $_____

I. Pensión Alimenticia/ Ayuda Conyugal

Nombre de la persona	Fecha recibido	Cantidad Bruta

Certifico que la información anterior es una afirmación verídica y precisa de mis circunstancias de vida. Doy mi autorización a la municipalidad de Phoenix para que verifique la información que proporcioné para determinar mi elegibilidad para recibir la ayuda.

X_____
FIRMA DE CLIENTE (SOLICITANTE)

Departamento de Servicios Humanos

División de Servicios Comunitarios

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

Nombre del Cliente: _____SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo _____,(Nombre completo, exactamente como en el documento), por medio de la presente autorizo a El Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de Phoenix y a las compañías de utilidades que proveen o me proveyeron servicios a dar cualquier o toda la información referente a mí o los miembros de mi hogar para asegurar que se lleve a cabo una evaluación exhaustiva de la situación de mi hogar. Entiendo que la finalización de una evaluación no es una garantía de que servicios financieros serán proporcionados.

Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Humanos de la Cuidad de Phoenix y a las compañías de utilidades aplicables para compartir e intercambiar información relativa a mí mismo o cualquier miembro de mi hogar con las siguientes organizaciones:

Departamento de Seguridad Económica
Administración de Seguro Social
Arrendador o compañía hipotecaria que aparece en este cuestionario
SRP/SWG/APS/Servicios de Agua de la Cuidad de Phoenix
Actuales, pasados o futuros empleadores
Asociación de Acción de la Comunidad de Arizona/Wildfire Todos
los Departamentos de la Cuidad de Phoenix

Yo comprendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento, excepto si hasta cierto punto ya se ha tomado acción basada en esta autorización. A menos que yo revoque esta autorización antes, ésta caducará seis meses después de la fecha de mi firma. Si es solicitado yo comprendo que este documento puede ser entregado a cualquiera y a todas la(s) agencia/agencias/persona(s) identificada(s) en esta autorización.

X Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Ciudad de Phoenix Departamento de Servicios Humanos
DECLARACIÓN DE IDENTIDAD/DECLARICION DE DOCUMENTO

Yo _____(Nombre completo, exactamente como en el documento), afirmo, bajo pena de perjurio, que presenté la documentación a la Ciudad de Phoenix con el propósito de obtener un beneficio de la ciudad, que yo estoy presente legalmente en los Estados Unidos, y que yo soy la persona indicada en el documento.

X Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Solicitud para medios de comunicación

¿Está dispuesto a hablar de su experiencia en el Centro de Servicios Familiares de la Cuidad de Phoenix

con los medios de comunicación (prensa y / o reporteros de televisión, entrevista telefónica, etc.)?

Si_____ No_____

En caso afirmativo, ¿cómo prefiere ser contactado? Teléfono_____ o email: _____

Si su respuesta es sí, su información será enviada a la Asociación de Acción Comunitaria de Arizona quien se comunicará con usted para obtener información adicional.

Aporte del participante:
¿Le interesaría convertirse en miembro de la junta de la Comisión de Servicios Humanos del Departamento de Servicios Humanos? Su participación proporcionaría una voz para los residentes de bajos ingresos de la Ciudad de Phoenix. Sí _____ No_____
Si respondió que sí, su información será enviada a un miembro del personal de la Ciudad de Phoenix que puede contactarlo para obtener información adicional, así como brindarle más detalles sobre esta oportunidad.

Authorized staff use only:

- ☐ Verification of Income _____
- ☐ Verification of HH address/ occupancy _____
- ☐ Verification of school enrollment_____