

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS A TRAVÉS DE CENTROS DE SERVICIOS FAMILIARES DE LA CIUDAD DE PHOENIX

HÁGANOS SABER SI NECESITA ALGUNA DE LA SIGUIENTE AYUDA:

- Intérprete de idiomas
- Ayuda a completar este formulario
- Adaptaciones para una discapacidad

CONSIDERACIONES DE ELEGIBILIDAD:

La Ciudad de Phoenix tiene varias fuentes de financiamiento disponibles para ayudar a los residentes de Phoenix, cada una con varios criterios de elegibilidad. Complete el cuestionario lo más detalladamente que pueda y discuta cualquier pregunta o inquietud con su asistente social. No está obligado a completar ninguna sección que no se aplique a usted ni a los miembros de su hogar.

La página 3 de este cuestionario le permite seleccionar qué miembros del hogar están solicitando beneficios y cuáles no. No es necesario que proporcione números de Seguro Social o información relacionada con la ciudadanía o el estado migratorio de ningún miembro del hogar que no esté solicitando beneficios. No es necesario que sea elegible para un beneficio para poder solicitarlo.

Para ciertos beneficios, es posible que la Ciudad de Phoenix necesite verificar los ingresos, la dirección y otra información de todos los miembros del hogar, incluidos aquellos que no solicitan los beneficios. Aunque no sea necesario, puede optar por proporcionar los números de seguro social para los miembros del hogar que no soliciten beneficios. Si lo hace, la Ciudad usará los números de Seguro Social de los miembros del hogar no solicitantes solo para ayudar a verificar los ingresos, para evitar la duplicación de servicios, como prueba de identidad, para verificar los ingresos a través de los empleadores, para verificar los beneficios de Desempleo del DES, para verificar los elegibilidad a través de un cheque de beneficios del DES y para verificar las direcciones de los programas de vivienda.

ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE HH (solo para uso interno)
CUESTIONARIO DE CENTROS DE SERVICIOS FAMILIARES DE LA CIUDAD DE PHOENIX

Tipo de cita: _____

Travis L. Williams
 4732 S. Central Avenue
 85040
 (602) 534-2433

John F. Long
 3454 N. 51st Avenue
 85031
 (602) 534-2433

Sunnyslope
 914 W. Hatcher Road
 85021
 (602) 534-2433

Día de la cita: _____

Línea para Citas de Asistencia de Emergencia: (602) 534-AIDE o (602) 534-2433
Sin costo: 1-(866)-882-1778

Fecha de nacimiento		Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
Género (círculo): Masculino/ Femenino/ Otro		Origen étnico: Hispano/ Latino/ Ninguno		Raza:		Email:	
Dirección			Apartamento/ lote/unidad	Ciudad		Código postal	
Tipo de vivienda: (círculo) Alquilar / Propia / Vivienda subsidiada/ Sin hogar/ Otra vivienda permanente/ Otro:		Pago mensual de vivienda: \$		Número de teléfono (casa /celular /mensaje) ()		Número de teléfono del trabajo ()	
Tipo de empleo: (círculo) 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ALGUIEN EN SU HOGAR ES ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Anciano (60+)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Discapacitado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Veterano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿En servicio militar? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 ayudarlo 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? Si _____ No _____

Enumere la información de los miembros del hogar a continuación, incluido usted mismo:

Nombre (Por favor comience con uno mismo)	¿Solicitan te de beneficio s? (Y/N)	Fecha de cumpleaños	Número de seguro social (Opcional para miembros del hogar no solicitantes) **	Estado de ciudadanía o inmigración (Completo para Solo miembros del hogar solicitantes)	Etnia y raza	Género	Tipo de seguro médico	Relación con el solicitante	Ultimo grado escolar completado	Estatus Laboral (ej. Empleado de tiempo complete, de medio tiempo, etc.)

*Es posible que se requieran los números de Seguro Social del solicitante para ser elegible para ciertos beneficios. Los números de Seguro Social de los solicitantes y miembros del hogar no solicitantes pueden usarse para evitar la duplicación de servicios, como prueba de identidad, para verificar los ingresos a través de empleadores u otros programas locales, estatales y federales. Consulte con su asistente social sobre cómo proporcionar números de Seguro Social a los miembros del hogar puede afectar la elegibilidad para ciertos beneficios y la cantidad de beneficios otorgados.

** Para agregar miembros adicionales, solicite una página de miembros adicional al asistente social **

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

- 1) TODO 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?: Sobre or Apagado

Verifique su empresa de servicios públicos: APS SRP SW Gas

¿Paga usted a City of Phoenix Water? Sí No

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

Cualquier Trabajo de tiempo completo o tiempo medio, trabajo diario, cuidado de niños, jardinería reparación de automóviles, limpieza, etc.

Nombre de la persona que recibe Ingresos	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

B. Seguridad Social (SS, SSI, SSDI)

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

C. Asistencia del gobierno (TANF TPEP, Conceder Desvío)

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

D. Programa de asistencia nutricional suplementaria

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

E. Seguro de desempleo indemnización laboral

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

F. Manutención de menores (para todos los estados, si corresponde)

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

G. Otros ingresos (por jubilación / pensión de capital, etc.)

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

H. VA (Veterans' Comp., Discapacidad relacionada con el servicio de VA/ Discapacidad de VA no relacionada con el servicio)

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

EXPENSES

1. Electricidad: _____ \$ _____
Account Number

2. Agua: _____ \$ _____
Account Number

3. Southwest Gas: _____ \$ _____
Account Number

4. Pago / Transporte del automóvil \$ _____

5. Cuidado de niños / dependientes \$ _____

6. Comida \$ _____

I. Pensión alimenticia / manutención conyugal

Nombre de la persona que recibe	Fecha de recibido	Cantidad Bruta

Certifico que la información anterior es una declaración verdadera y precisa de las circunstancias de vida de mi hogar. Autorizo a la Ciudad de Phoenix a verificar la información proporcionada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia.

X _____
FIRMA DEL CLIENTE (SOLICITANTE)

Ciudad de Phoenix
Departamento de Servicios Humanos
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

I, _____ (escriba el nombre completo exactamente como en el documento), por la presente autorizo al Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de Phoenix y a las compañías de servicios públicos que me brindan o me brindaron servicios a divulgar toda la información solicitada sobre mí o los miembros de mi hogar para garantizar una evaluación completa de los La situación está completa. Entiendo que completar una evaluación no es una garantía de que se proporcionarán los servicios financieros.

Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de Phoenix y a las compañías de servicios públicos a compartir e intercambiar información sobre mí 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 Ciudad de Phoenix**
- Actuales, pasados o futuros empleadores**
- Asociación de Acción de la Comunidad de Arizona/Wildfire**
- Todos los Departamentos de la Ciudad 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

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

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

I, _____ (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(si corresponde), y que yo soy la persona indicada en el documento.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Solicitud de medios

¿Está dispuesto a discutir su experiencia en el Centro de Servicios para la Familia de la Ciudad de Phoenix con los medios de comunicación (reporteros de periódicos y / o televisión, entrevistas telefónicas, etc.)? Si No

En caso afirmativo, ¿cómo prefiere que lo contactemos? Teléfono: _____ o correo electrónico: _____

Si respondió que sí, su información puede ser 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. Si _____ 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