



Solicitud de asistencia

Centro Comunitario del Condado de Travis

Solo para uso de la oficina _____
 CABA# _____
 Resultados de la búsqueda: _____

Parte I – Información del solicitante (por favor, complete en letra de imprenta)

Nombre y apellido del solicitante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre Otros nombres

¿Es ciudadano o extranjero naturalizado? SÍ NO **Si no lo es, ¿es extranjero cualificado?** SÍ NO

Domicilio real: _____
Calle y número de la unidad Ciudad Estado Código postal

Domicilio postal: _____
(si fuera diferente) Calle/Número de casilla Ciudad Estado Código postal

Números de teléfono: (_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
Teléfono fijo Teléfono celular Número para mensajes Dirección de correo electrónico

Parte II – Asistencia solicitada (Marque cada tipo de asistencia solicitada– en la mayoría de los casos, se selecciona más de una.)

Alquiler/ Hipoteca Gas Natural Basura Calefacción Alivio de desastres Receta Acondicionamiento contra inclemencias del tiempo Servicios de asistencia social

Electricidad Propano/Butano Agua Ropa Despensa de comida Entierro Reparaciones del hogar Información y remisión

Parte III – Datos demográficos del hogar

Incluya a TODAS LAS PERSONAS que vivan con usted y responda cada una de las preguntas para cada una de las personas. (Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a este documento).

Nombre <small>(Incluya a todos los integrantes del hogar)</small>	Relación con usted	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	Hispano Sí/No	Raza (elijá 1) <small>Indígena americano, asiático, negro, hawaiano, hispano, blanco o multi-racial</small>	Último nivel de educación completo	Seguro de salud Sí/No	Veterano Sí/No	Cupones de comida Sí/No	Discapacitado Sí/No
1.	Yo											
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Parte IV-Ingresos

Nombre	Tipo de ingreso	Frecuencia de pago	Fecha del último cheque	Ingreso bruto mensual total
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Parte V – Recursos

Proporcione el monto en dólares de todos los recursos.

Efectivo que tiene a mano	\$
Cuenta corriente	\$
Caja de ahorro	\$
Planes Keogh /IRA	\$
CD/acciones/bonos	\$
Bienes que generan ingresos	\$
Bienes inmuebles	\$
Otros	\$

Parte VI–Gastos

Proporcione el monto en dólares de los gastos mensuales de su hogar.

Electricidad:	\$	Alquiler/Hipoteca:	\$	Gas/Propano/Madera:	\$
Seguro:	\$	Cuidado infantil:	\$	Teléfono/Celular/Internet:	\$
Médico:	\$	Tarjeta de crédito:	\$	Satélite/Cable:	\$
Comida:	\$	Tarjeta de crédito:	\$	Gastos médicos:	\$
Préstamos:	\$	Muebles:	\$	Alquiler con opción a compra:	\$
Agua:	\$	Otros:	\$		

Parte VII – Información de la vivienda

1) ¿En qué tipo de vivienda vive? Casa Casa prefabricada Departamento/ Duplex /Casa adosada Casa rodante

   

2) ¿En qué situación vive? Dept. o condo propio Casa rodante propia Casa unifamiliar propia

Autoridad de vivienda pública Unidad multifamiliar rentada Casa rodante rentada Casa unifamiliar rentada Cuarto rentado

Casa rentada subvencionada Duerme en la calle o en un auto En la casa de otra persona En un refugio Hogar de ancianos

3) ¿Cuántos pies cuadrados tiene su vivienda? _____ o NO SABE

4) ¿Ha acondicionado su vivienda contra las inclemencias del tiempo? (Si ha colocado burletes en puertas y ventanas, otras instalaciones en el ático, etc.)

Sí: si así fuera, ¿cuándo? Mes: _____ Año: _____ NO NO SABE

5) ¿Con qué calefacciona su vivienda?

Electricidad Gas natural Butano/Propano Combustible para calefacción Madera

6) ¿Con qué enfría su vivienda?

Aire acondicionado central Unidad de aire acondicionado de ventana Otro: _____ Nada

La información suministrada es cierta y verdadera a mi leal saber y entender. Sé que estaría sujeto una acción judicial si suministrara información falsa o fraudulenta. Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar la denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o la demora en la prestación del servicio.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Acuerdo para el cliente - División de Servicios de Asistencia Familiar

- Todos nuestros servicios son voluntarios, es su decisión participar o no.
- No se garantiza asistencia económica. Nadie tiene garantizada la asistencia económica.
- Le informaremos por escrito sobre cualquier asistencia económica que podamos proporcionarle. Si no podemos ayudarlo, le explicaremos por qué y le ofreceremos remitirlo a otras agencias de asistencia.
- Tenemos el compromiso de proporcionar servicios profesionales a cada individuo según el servicio que necesite o solicite. Nuestro personal no deberá participar de reuniones sociales, aceptar regalos ni discutir la prestación de servicios o su situación fuera de la relación profesional.
- Prestamos servicios a nuestros clientes sin discriminar por edad, credo, color, discapacidad, género, estado civil, país de origen, raza, religión, sexo ni orientación sexual.
- Queremos tratar a cada cliente con respeto y dignidad; si usted siente que en algún momento no lo hemos hecho, por favor háganoslo saber. Si tiene alguna inquietud o reclamo, hable primero con su Asistente. Usted también podrá ponerse en contacto con el Administrador del Centro, el Director de División o el Gerente Ejecutivo al (512) 854-4100.

Programa de ayuda integral con la energía (CEAP) - Información

Aceptamos solicitudes para los servicios para el CEAP en todos los Centros Comunitarios del Departamento de Servicios Humanos y de Salud y Servicios para Veteranos del Condado de Travis. Los solicitantes deberán: Ser residentes del Condado de Travis; Cumplir con los requisitos de nivel de ingresos y gastos de energía, entre otros. Ser ciudadanos de los Estados Unidos o cumplir con las disposiciones de situación inmigratoria. Se brindará asistencia en base a la elegibilidad, los procedimientos y la disponibilidad de fondos. Se dará prioridad a aquellos hogares que tengan un miembro de edad avanzada, un miembro que tenga una discapacidad o niños menores de seis años.

Su responsabilidad como solicitante del Programa de ayuda integral con la energía:

- Por favor **continúe haciendo los pagos correspondientes** a su proveedor de servicios públicos. Usted es responsable por el pago de su factura.
- Usted se encuentra sujeto a las leyes estatales y federales de fraude, y al proporcionar los datos promete que son verdaderos y precisos. Cualquier persona que haga declaraciones falsas intencionalmente o por negligencia es culpable de un delito grave que podría tener como consecuencia la imposición de multas, el encarcelamiento o ambos. Referencia: Título 18, Sección 1001 del Código de los EE.UU.
- Tiene 20 días para apelar cualquier decisión a partir del momento en que reciba una notificación por escrito de la misma.

Servicios de asistencia social

Los asistentes sociales están disponibles si siente que tiene más problemas que discutir o necesita más tiempo para hablar con alguien. Ellos ayudan a las personas a obtener beneficios, conseguir trabajo, con asuntos familiares y en muchas otras áreas.

Por favor, marque aquí si desea hablar con un asistente social (*para recibir asistencia económica no son obligatorios los servicios de asistencia social*).

Me han explicado y comprendo mis derechos y responsabilidades como cliente de los Servicios de Apoyo Familiar de HHS&VS del Condado de Travis. Mi firma certifica que estoy de acuerdo con estos derechos y responsabilidades.

Firma del cliente o representante

Fecha

Firma del asistente

Fecha

Acuerdo y exención de responsabilidad respecto del uso de los datos del cliente

Usted ha solicitado asistencia económica o de otro tipo al Condado de Travis ("Condado"). Su elegibilidad para recibir dicha asistencia del Programa ("Asistencia") depende de que acepte los términos y condiciones contenidos o citados en este acuerdo (el "**Acuerdo**"). Sírvase leer atentamente este Acuerdo.

Se respeta el carácter confidencial de todos sus datos y los mismos no se divulgan a individuos que no pertenezcan a la agencia, excepto en los casos detallados en esta página. No divulgaremos sus datos a menos que:

- Creamos que su vida o la vida de otra persona corra peligro.
- Creamos que un niño, una persona mayor o una persona discapacitada esté sufriendo abusos o negligencia, o corra peligro de sufrir abusos o negligencia, incluido el abuso económico.
- La justicia nos ordene divulgar sus datos o expedientes.
- Usted preste su consentimiento por escrito para que divulguemos sus datos o expedientes.

Necesitamos divulgar sus datos para determinar su elegibilidad, y para brindar o recibir asistencia. Al firmar esta página, usted nos autoriza a intercambiar datos con: el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS); el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA); los subreceptores del Programa Integral de Asistencia para el Consumo de Energía (CEAP); la Administración de la Seguridad Social (SSA); los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos—Programa de Verificación Sistemática de Derechos para Extranjeros; sus Proveedores; y/o los investigadores del Condado de Travis y sus subcontratistas. Sírvase proporcionar los datos de la cuenta que tiene con cada uno de los siguientes proveedores:

	Empresa de electricidad	Empresa de gas natural/gas propano	Empresa de agua	Empresa del propietario/de la hipoteca
Nombre de la empresa:				
Su número de cuenta				Número de teléfono del propietario:

DIVULGACIÓN DE DATOS DEL CLIENTE: Al aceptar los términos de este Acuerdo, usted está autorizando al Condado a divulgar sus datos de cliente en la medida que el Condado lo considere necesario. Los datos del cliente que el Condado puede divulgar incluyen su nombre y domicilio actuales o anteriores y cualquier otra información con la que cuente el Condado. Esto podría incluir datos que usted considere confidenciales o privados. Todos los datos del cliente a los que se hace referencia en la oración anterior constituyen los "**Datos del cliente**". Cualquier divulgación de dichos Datos del cliente se realizará conforme a las leyes, las normas y los reglamentos que correspondan.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN: Usted se compromete a eximir de responsabilidad, indemnizar, defender y liberar al condado, sus funcionarios, empleados, oficiales, directores y afiliados de toda responsabilidad, cualquier demanda y cualquier gasto, incluidos los honorarios de los abogados por demandas relacionadas con o derivadas del programa o este acuerdo, incluyendo, sin límites, la divulgación de sus datos de cliente. La exención de responsabilidad y la indemnización regirán más allá del término de este acuerdo.

RESERVA DE DERECHOS: El Condado se reserva el derecho a modificar parcial o totalmente, o suspender temporal o permanentemente el Programa por cualquier motivo y en cualquier momento sin previo aviso.

ACEPTADO Y ACORDADO: Este consentimiento, a menos que sea revocado antes, vence al año de la fecha en que lo firme. Su firma certifica que usted comprende este consentimiento y se compromete a cumplir con sus términos.

Firma del cliente o representante

Fecha

Firma del empleado

Fecha