

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

LA SIGUIENTE ASISTENCIA ESTÁ DISPONIBLE

- Servicios de interpretación o traducción de idiomas
- Ayuda para completar este formulario
- Adaptaciones razonables, modificaciones o ayudas y servicios auxiliares para personas que tienen una discapacidad.

PARA QUÉ SIRVE ESTA APLICACIÓN?

La Ciudad de Phoenix tiene muchos programas para ayudar a los residentes de Phoenix. Cada programa tiene diferentes requisitos para determinar la elegibilidad para un beneficio. Este formulario le permite solicitar múltiples programas y beneficios al mismo tiempo. Estos programas incluyen:

- Asistencia de servicios públicos
- Asistencia de crisis a corto plazo
- Asistencia de alquiler y vivienda (excepto para el Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia (ERA))
- Asistencia de transporte
- Otros tipos de apoyo basado en la necesidad.

Es posible que algunos programas no siempre estén disponibles debido a cambios en la financiación. Esta solicitud no es para solicitar asistencia de alquiler o servicios públicos a través del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia (ERA). Si necesita Asistencia de emergencia para el alquiler, visite phoenix.gov/rentassistapply o solicite una solicitud del Programa de Asistencia de emergencia para el alquiler (ERA) a su trabajador social.

Por favor llene la solicitud tanto como pueda. No tiene que completar ninguna sección que no se aplique a usted o a los miembros de su hogar. Si no sabe si una sección se aplica a usted o a los miembros de su hogar, pregúntele a su trabajador social. Además, puede hacerle a su asistente social cualquier otra pregunta que pueda tener sobre esta solicitud o cualquier programa de asistencia ofrecido a través de la Ciudad de Phoenix..

QUIÉN PUEDE LLENAR ESTA SOLICITUD?

Cualquiera puede llenar esta solicitud si cree que alguien en su hogar puede ser elegible para recibir beneficios. No necesita ser elegible para llenar esta solicitud. Puede completar esta solicitud en nombre de un miembro del hogar que pueda ser elegible para recibir beneficios. Por ejemplo, un padre puede completar esta solicitud para su hijo que puede ser elegible para recibir beneficios, independientemente de si el padre es elegible.

CUÁNDO SE REQUIEREN LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL?

No está obligado a proporcionar un número de Seguro Social para ningún miembro de su hogar que no esté solicitando beneficios, pero proporcionar un número de Seguro Social para todos los miembros del hogar puede acelerar el procesamiento de su solicitud. No necesita ser elegible para un beneficio para solicitar ese beneficio para otros en su hogar.

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 beneficios para ellos mismos. Aunque no es obligatorio, puede optar por proporcionar un número de Seguro Social para los miembros del hogar que no solicitan beneficios para ellos mismos. Si proporciona un número de Seguro Social, la Ciudad solo usará el número de Seguro Social para ayudar a verificar los ingresos, para evitar la duplicación de servicios o como prueba de identidad..

CUÁNDO SE REQUIERE CIUDADANÍA O ESTADO MIGRATORIO?

No está obligado a proporcionar la ciudadanía o el estado migratorio de ningún miembro del hogar que no esté solicitando beneficios. No necesita ser elegible para un beneficio para solicitar ese beneficio para otros miembros de su hogar. La información no se utilizará con fines de inmigración y no se informará a las autoridades de inmigración o al gobierno federal a menos que sea requerido por A.R.S. § 1-501 o -502.

ACTUALIZAR INFORMACIÓN DEL HOGAR (Solo para uso interno)

CUESTIONARIO DE LOS 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

Fecha de la cita: _____

Línea de cita de admisión central: (602) 534-AIDE (2433)
Gratuito: 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 (OPCIONAL)		
	¿Embarazada? <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? _____		
	¿Anciano (60+)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____		
	¿Confinado en casa? <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 _____			

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

Son sus utilidades: PRENDIDO APAGADO
 Consulte su compañía de servicios públicos: APS SRP SWG
 Usted paga el agia de la ciudad de Phoenix? Si 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

****Solo se requiere que proporcione información relacionada con los números de Seguro Social, la ciudadanía o el estado migratorio de los miembros del hogar que solicitan beneficios. La información en esta solicitud solo se utilizará para determinar si usted o los miembros de su hogar son elegibles para los beneficios, excepto según lo requerido por A.R.S. § 1-501 o -502.**

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 la situación. 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

La información en esta solicitud solo se utilizará para determinar si usted y los miembros de su hogar son elegibles para los beneficios.

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: _____

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.

Uso exclusivo de personal autorizado:

- Verificación de Ingresos
- Verificación de la dirección/ocupación de HH
- Verificación de matrícula escolar