

SOLICITUD PARA ASISTENCIA GENERAL

ESTOY DE ACUERDO PARA PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN NECESARIAS PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD.

Yo estoy solicitando: _____ Fecha: _____
(Tipo de Asistencia)

Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial Segundo Nombre / Apellido de soltera)

Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial Segundo Nombre / Apellido de soltera)

Teléfono: _____ Seguro Social del solicitante: _____

¿Es usted ciudadano(a) de EE.UU.? Sí No Seguro Social del cónyuge: _____

Dirección Actual: _____
(Calle) (Apartado Postal) (Condado)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Si está divorciado o separado, proporcione la fecha: _____ Número de Hijos: _____

OTRAS PERSONAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

HE VIVIDO EN LAS DIRECCIONES DESCRITAS ABAJO DURANTE EL AÑO PASADO:

Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	Fechas

ENUMERE SU HISTORIA LABORAL, COMENZANDO POR SU EMPLEO ACTUAL O MÁS RECIENTE:

Empresa	Dirección	Fecha Inicio	Fecha Fin	Motivo de partida

¿Está usted registrado en el Desarrollo Laboral de Nebraska? Sí No Fecha: _____

¿Está su cónyuge registrado(a)? Sí No Fecha: _____

¿Es usted o su cónyuge veterano(a)? Sí No ¿Durante tiempos de guerra? Sí No

¿En caso afirmativo, la Administración de Veteranos le ha ayudado durante el último año? Sí No

ENUMERE CONTACTOS EN CINCO (5) LUGARES DONDE USTED O SU CÓNYUGE HAYAN BUSCADO EMPLEO:

Contacto para Empleo	Dirección	Ciudad	Estado	Fecha de Solicitud

INGRESOS: ENUMERE EL MONTO MENSUAL DE INGRESOS QUE USTED U OTROS EN SU NÚCLEO FAMILIAR RECIBEN:

Fuente	Solicitante	Cónyuge	Otros
Salario / Empleo	\$	\$	\$
Apoyo a los Niños	\$	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Ingreso de Seguro suplementario (SSI)	\$	\$	\$
Ingreso por Jubilación	\$	\$	\$
Pensión por veterano	\$	\$	\$
Pagos sindicales	\$	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$	\$
Compensación al trabajador	\$	\$	\$
Organizaciones Caritativas	\$	\$	\$
Programa de asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	\$	\$	\$
Amistades	\$	\$	\$
Asistencia de Veteranos	\$	\$	\$
Ingresos Propios	\$	\$	\$
Rehabilitación Vocacional	\$	\$	\$
Alquileres	\$	\$	\$
Pensionistas	\$	\$	\$
Familiares	\$	\$	\$
Otros (Especifique):	\$	\$	\$

Su último cheque de nómina: _____
 (Fecha) (Monto) (Fuente)

¿Cómo fue gastado? Enumere los ítems y montos:

RECURSOS:

Yo poseo mi propio hogar: Sí No Yo poseo otras propiedades: Sí No

Yo he previamente poseído una casa, tierra cultivable u otras propiedades: Sí No

¿Qué pasó con esa propiedad? _____

SELECCIONE “SÍ” O “NO” PARA CADA ITEM Y ESPECIFIQUE NÚMEROS DE CUENTA Y MONTOS CORRESPONDIENTES:

Fuente	Sí	No	Monto
Número de Cuenta Corriente:			\$
Número de Cuenta de Ahorros:			\$
Otras Cuentas (Especifique):			\$
Efectivo en Mano			\$
Caja Fuerte			\$
Certificado de Depósito			\$
Acciones o Bonos			\$
Cuenta de Jubilación			\$
Recolecta de la Granja			\$
Número de Póliza de Seguro de Vida: ¿Tiene valor en efectivo? ¿Tiene valor de préstamo?			\$
Póliza de Seguro de Salud #: Nombre de la Compañía:			\$

ESPECIFIQUE TODOS LOS VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD:

Marca	Modelo	Año	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$

¿Posee usted una casa rodante? Sí No Valor: \$ _____

ENUMERE TODOS LOS VEHÍCULOS (INCLUDING BOTES, CASAS RODANTES, ETC.) PROPIEDAD DE MIEMBROS DE SU FAMILIA:

Marca	Modelo	Año	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$

¿Ha usted solicitado Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI)? Sí No

¿Ha usted alguna vez solicitado Medicaid? Sí No

Estado: _____

Nombre del trabajador social: _____

Condado: _____

Teléfono: _____

¿Tiene usted algún problema médico especial que esté relacionado a su necesidad financiera? Sí No

En caso afirmativo, favor explicar: _____

En caso de emergencia, notifique a: _____

(Nombre)

(Dirección)

(Teléfono)

Si requiere asistencia para alquiler, especifique: _____

(Nombre del arrendador)

(Dirección)

(Teléfono)

Monto de alquiler mensual: \$ _____

MONTO DE ASISTENCIA FINANCIERA QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO Y PARA CUÁLES PROPÓSITOS ESPECÍFICOS:

Ej., factura de agua: \$45; y alquiler: \$250. Total: \$295.

CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE USTED SIENTA QUE PUEDA SER RELEVANTE:

DERECHOS DEL CLIENTE

Usted tiene el derecho de:

- Esperar que su solicitud sea recibida y atendida con prontitud – durante treinta (30) días para solicitudes relativas a asistencia continua, y durante siete (7) días para solicitudes relativas a asistencia de corto plazo.
- Apelar y pedir una audiencia justa si usted no está satisfecho con ninguna acción tomada respecto a su solicitud.
- Ser asistido para varios aspectos de su solicitud o determinación de elegibilidad por una persona de su elección.
- Contar con tratamiento confidencial de información privada.
- Contar con una explicación completa de los requisitos y beneficios del programa.
- Saber que usted puede ser requerido a reembolsar: (1) cualquier asistencia obtenida a través de representación inapropiada o fraudulenta; (2) cualquier asistencia provisional emitida durante la determinación de elegibilidad para cualquier programa de ingreso de seguridad suplementaria u otro programa de asistencia categórica que haya provisto beneficios retroactivos; y (3) cualquier asistencia obtenida al recibir un cheque que se haya perdido o haya sido robado y luego haya sido emitido de nuevo.
- Saber que el Condado puede requerir reembolso para Asistencia Médica de partes legalmente responsables si las mismas están en la capacidad suficiente para pagar de vuelta.

FIRMAS

Bajo penalización por ley, yo declaro que he leído esta planilla, incluyendo el comunicado acompañante, y que a mi mejor saber y entender, es verdadera, correcta y está completa. Yo comprendo mis responsabilidades y estoy de acuerdo para satisfacerlas. Yo estoy de acuerdo con proporcionar prueba de necesidad de ser requerida, y doy consentimiento para la agencia a que establezca los contactos que sean necesarios para determinar mi elegibilidad, y por este medio autorizo el acceso de información financiera o médica y entiendo que mi firma abajo constituye tal autorización de acceso.

He obtenido explicación acerca de los programas de asistencia y los requisitos de dichos programas, y deseo / no deseo recibir asistencia basada en dichos requisitos.

NOTA: Si alguien lo ayudó a llenar esta planilla, asegúrese que esa persona firme abajo.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA
FIRMA DE LA PERSONA QUE AYUDÓ	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR PARA ELEGIBILIDAD	FECHA