



2023 Solicitud de Servicios Comunidades

TENGA EN CUENTA: ¡Solicitudes incompletas no serán procesadas!

- Las solicitudes se aceptarán por correo electrónico, fax, correo o entrega y se procesarán de acuerdo con la prioridad y la fecha de recepción.
- Por favor, espere de 4 a 8 semanas para procesar las solicitudes completas y algunos casos pueden demorar más dependiendo de la época del año y la cantidad de solicitudes que ya están en proceso.
- Usted sigue siendo responsable de pagar su factura hasta que su solicitud sea procesada y se le notifique.
- Esta solicitud es sólo para fines de selección y no garantiza su elegibilidad para recibir servicios y están sujetos a disponibilidad de fondos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TODOS LOS PROGRAMAS:

- ❖ Solicitud completada
- ❖ Tarjetas de seguro social para que todos los miembros del hogar
- ❖ **Prueba de TODOS los ingresos para los últimos 30 días** por cada miembro del hogar de **18 años o más**, que trabaja o recibe asistencia.. (Cheques, Seguro Social/SSI, cartas de premio incluyendo menor niños recibiendo cualquier tipo de beneficios incluido) Cartas **deben** ser de la Administración del Seguro Social y **deben hacer referencia o estar fechadas para el año en curso,** carta VA, desempleo, carta TANF, jubilación, pensión, manutención de niños, SNAP, etc.
- ❖ Si algún miembro del hogar 18 o más NO está recibiendo ningún ingreso, usted debe completar la Declaración adjunta de Declaración de Ingresos.

ASISTENCIA ELÉCTRICA/ DE GAS/ AGUA SE REQUIEREN TODOS LOS ANTERIORES Y LOS SIGUIENTES

- ❖ Prueba de ciudadanía e identidad para TODOS los miembros del hogar.. ¡SIN EXCEPCIONES!

UNO DE ESTOS: Pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización, Certificado de nosotros Citizenship, US American Tribal Tarjeta foto O

UNO DE ESTOS: Licencia de conducir tarjeta militar, tarjeta de identificación de emission del estado, tarjeta de delincuente estatal, identificación escolar actual

Y UNO DE ESTOS: Copia US certificada, Tarjeta de Residente Permanente, Tarjetas de no inmigrantes , Tarjeta de Refugiado

- ❖ Un historial de facturación de 12 meses de cada uno de sus proveedores de energía (**Electricidad, Agua, Gas Natural y / o Propano**) NOTA: si usted ha vivido en la residencia menos de 12 meses debe proporcionar historia durante tantos meses como sea posible.
- ❖ Sus facturas de electricidad actuales y vencidas y un aviso de desconexión si corresponde.
- ❖ Su factura vencida de agua / aguas residuales y aviso de desconexión (en este momento, solo podemos ayudar con el agua y las aguas residuales si está en peligro de desconexión o ha sido desconectado)



¡USO DE OFICINA SOLAMENTE!

Date/Time Received

____/____/____

Date/Time Completed

____/____/____

Priority

Elderly/Disabled/Child 5 or
younger/Veteran

2023 Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA					
Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS#:		Contacto/Télefono Celular:	
Télefono de Casa:		Télefono del Trabajo:		Tipo de Vivienda: (círculo) Alquiler o Propia	
Dirrección Física:				Apt. #:	
Ciudad		Estado:		Codigo Postal:	Condado:
Dirrección de Correo (si es diferente):				Apt. #:	
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal	
Dirección de Correo Electrónico:					
Género	Raza	Etnia	Educación	Deshabilitado	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> 0-8	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Agricultor
<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> 9-12	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> HS Grad		<input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada
	<input type="checkbox"/> Asiatico		<input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> 12+ college		<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Multi-Carrera		<input type="checkbox"/> 2/4 yr Grad		
Relación al Solicitante		Situacion labora 18 o más		Situación Militar	Seguro médico
<input type="checkbox"/> Propio		<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo		<input type="checkbox"/> Activar	<input type="checkbox"/> Compra directa
<input type="checkbox"/> Conyunge		<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial		<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Basado en el empleo
<input type="checkbox"/> Nino		<input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses +		<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Nieto		Ultimo día de trabajo _____			<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses			<input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar
		Ultimo día de trabajo _____			<input type="checkbox"/> CHIP
		<input type="checkbox"/> Retirado			<input type="checkbox"/> Salud del Estado
		<input type="checkbox"/> Menor de 18 años			<input type="checkbox"/> Ninguno
¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?			Recibe beneficios que no son de efectivo		
<input type="checkbox"/> Manutencion infantil	<input type="checkbox"/> Worker's Comp	<input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos)	<input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Vivenda publica	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> SS discapacidad	<input type="checkbox"/> Pension alimenticia	<input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> SS Jubilación	<input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad				
<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad				
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo				
<input type="checkbox"/> Discapacidad privada	<input type="checkbox"/> SS beneficios para sobrevivientes				
<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Ninguno				

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la solicitud CAICT completa:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y también comprendo que recibir asistencia mediante tergiversación o fraude se castiga con multa o encarcelamiento.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Staff Signature _____ Date: _____

Complete las siguientes páginas para todos los demás miembros del hogar. DEBE responder TODAS las preguntas.

Solicite páginas adicionales si tiene más de 5 personas en la casa.

OTRAS MIEMBROS DEL HOGAR

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS #:			
<u>Género</u> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<u>Raza</u> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<u>Etnia</u> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<u>Educación</u> <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ college <input type="checkbox"/> 2/4 yr Grad	<u>Deshabilitado</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Trabajo Temporada</u> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<u>Relación al Solicitante</u> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<u>Situacion labora 18 o más</u> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + Ultimo dia de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses Ultimo dia de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años		<u>Situación Militar</u> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica	
		<u>Seguro médico</u> <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno			
<u>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</u> <input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF			<u>Recibe beneficios que no son de efectivo</u> <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> SS beneficios para sobrevivientes <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vivenda publica <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Ninguno		

Miembro del hogar Nombre::		Apellido:		Inicial del Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS #:			
<u>Género</u> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<u>Raza</u> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<u>Etnia</u> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<u>Educación</u> <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ college <input type="checkbox"/> 2/4 yr Grad	<u>Deshabilitado</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Trabajo Temporada</u> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<u>Relación al Solicitante</u> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<u>Situacion labora 18 o más</u> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + Ultimo dia de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses Ultimo dia de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años		<u>Situación Militar</u> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica	
		<u>Seguro médico</u> <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno			
<u>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</u> <input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF			<u>Recibe beneficios que no son de efectivo</u> <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> SS beneficios para sobrevivientes <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vivenda publica <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Ninguno		

OTRAS MIEMBROS DEL HOGAR

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS #:			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Educación <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ college <input type="checkbox"/> 2/4 yr Grad	Deshabilitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo Temporada <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Relación al Solicitante <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	Situación labora 18 o más <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + Ultimo día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses Ultimo día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	Situación Militar <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica	Seguro médico <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Actualmente está recibiendo otros ingresos? <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF			Recibe beneficios que no son de efectivo <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vivenda publica <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Ninguno		

Miembro del hogar Nombre::		Apellido:		Inicial del Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS #:			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Educación <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ college <input type="checkbox"/> 2/4 yr Grad	Deshabilitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo Temporada <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Relación al Solicitante <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	Situación labora 18 o más <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + Ultimo día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses Ultimo día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	Situación Militar <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica	Seguro médico <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Actualmente está recibiendo otros ingresos? <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF			Recibe beneficios que no son de efectivo <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vivenda publica <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Ninguno		

Información de vivienda:

Tipo Casa privada ___ Casa Móvil ___ Apartamento/Dúplex ___ Otro ___

Subvencional/Vivienda Pública? Sí / No Propia: ___ Sí ___ No Hipoteca Mensual \$ ___

Renta: ___ Sí ___ No Pago Mensual \$ ___ Utilidades Incluidas en Alquiler? Sí / No

Información de utilidades:

Compañía Eléctrica: _____ Cuenta # _____ Callefacción _____ Refrigeración ___ Ambos ___

Compania de agua: _____ Cuenta # _____

Compañía de Gas: _____ Cuenta # _____ Callefacción _____ Refrigeración ___ Ambos ___

Compañía de propane: _____ Cuenta # _____ Callefacción _____ Refrigeración ___ Ambos ___

Tipo de A/C: Central / Enfriador Evaporativo / Enfriador Evaporativo / Ninguno

Tipo de Calefacción: Central / Calentador de Espacio / Horno de Pared / Chimenea / Estufa / Ningun

Información Prioritaria

1. ¿Alguna vez ha recibido servicios con Community Action de Central Texas? Sí No
 En caso affirmative, marque qué servicios
 Educación para Adultos (GED, ingles como Segundo lenguaje, instrucción para un Carrera)
 Servicios Comunitarios (asistencia de servicios públicos)
 Head Start
 Servicios de Salud (VIH/SIDA, Cáncer de mama y cancer de cérvico)
 Centro de la tercera edad
2. ¿Alguien está inscrito en educación secundaria o registrado en la Fuerzo Laboral de Texas in los últimos 30 dias Sí No
3. ¿Alguien en la casa tiene 60 años de edad o más? Sí No
4. ¿Hay alguien discapacitado en el hogar? Sí No
5. ¿Hay niños que tienen 5 años o menos? Sí No
6. ¿Esta interesada en recibir servicios de administración de casos para aumentar el nivel de ingreso/educación? Sí No
7. ¿Alguien en la casa es un veteran? Sí No

INFORMACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:

¿Alguien en el hogar actualmente se desempeña como empleado, agente, consultor, oficial o funcionario electo o designado de Community Action, Inc. de Texas Central? Sí No

En caso afirmativo, identifique quién es y su posición _____

2. ¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que se desempeñe actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo de Community Action, Inc. de Central Texas? Sí No

En caso afirmativo, identifique quién es y su posición _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE: *If there is a Conflict of Interest, this application requires the Executive Director's Signature.*

Executive Director Signature: _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE: CEAP/ LIHWAP/ CSBG ELIGIBILITY DETERMINATION

1. Calculations: Monthly _____ x 12 = _____ Total Annual Income \$
Monthly _____ x 12 = _____
2. Household Poverty Income Level: _____ 0-50% _____ >50-75% _____ >75-125% _____ >125-150% _____ >50%
3. Verification/Documentation of Household Income used: _____

Staff Signature _____

Date _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE: *Client potentially eligible for the following Community Action, Inc. programs and referrals:*

- Head Start/Early Head Start Health Services Adult Education
 Community Services _____ CEAP _____ LIHWAP _____ CSBG _____ Senior Citizen Center _____ Lifeline _____ SMEU

AUTHORIZATION AND RELEASE OF INFORMATION:

1. **La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender..**
2. Entiendo que el ingreso bruto de mi hogar está anualizado en el momento de la solicitud de acuerdo con las normas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia.
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en recibir servicios de Community Action, Inc. de Central Texas.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Acción Comunitaria de Texas, Inc. de Texas Central a solicitar / verificar información, incluida la verificación de empleo necesaria para proporcionar asistencia con mis utilidades y / o facturas de combustible, tanto pasadas como futuras.
5. Soy un solicitante de Community Action, Inc. de Central Texas. Por este medio doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa. Entiendo que la fotocopia de este comunicado es tan válida como el original y se puede usar para obtener información de empleo o verificar otros datos.
6. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar al asistente social dentro de los 10 días hábiles posteriores a mi nuevo servicio público y el número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Community Action, Inc. de Texas Central acerca de mi nueva compañía de servicios públicos, perderé cualquier pago debido. Cuando se proporciona la información, cualquier asistencia restante puede ser reintegrada.
7. Si usted u otro miembro de la familia no tiene ingresos, debe completar la hoja de Declaración de no ingresos para todos los miembros de la familia mayores de 18 años que no tengan ingresos. En esta hoja no incluya a nadie que haya mostrado ingresos en la solicitud. La Declaración de No Ingreso Ya no necesita ser notariado.
8. **ENTIENDO QUE SOY SUJETO A PROSECCIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA SOBRE ESTA SOLICITUD**
9. Designo CAICT a divulgar y discutir información a _____ relación _____

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y también entiendo que el recibo o la asistencia a través de una tergiversación o fraude se puede castigar con una multa o encarcelamiento.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Staff Signature _____

Date _____

(when application is logged in)

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System and US Citizenship/US National
Applicant Certification Form for WAP and CEAP

El programa para el que está aplicando requiere la verificación si usted es un ciudadano de EU, un nacional no ciudadano, o un residente legal de los Estados Unidos. Se requiere la documentación de su estado. Esta agencia utiliza el Sistema Sistemático de Verificación de Derechos para Extranjeros (SAVE) para verificar el estado de los no ciudadanos.

Miembros del hogar	Ciudadano de los EU (Nacido o naturalizado) o Nacional de los		Extranjero Calificado		USO DE OFICINA SOLAMENTE	
					Documentation Provided for:	
	Sí	No	Sí	No	Status	Identification
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		

Para agregar miembros del hogar, use otra copia de este formulario.

TENGO EN CUENTA QUE SOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACION FALSA.

 Solocitante Firme Aqui

 Fecha:

 Firma del personal de la agencia que certifica lo anterior

 Fecha

 Print Staff Name

 Fecha

Community Action, Inc. of Central Texas, Inc.
2023 Solicitud de Servicios Comunidades

Evaluando Tus Necesidades

Indique qué necesidades tiene a continuación marcando con un círculo "sí" o "no" en cada casilla. Si circula "sí", explique la necesidad que está experimentando para que podamos ayudarlo.

Servicio	Necesita	Explicación		Necesita	Explicación
Comida, Ropa, WIC, Comida en ruedas Emergencia, Otra ayuda	SÍ NO		Asesoramiento: Familia, Abuso de alcohol sustancias o otra ayuda	SÍ NO	
Ingresos: SS, SSI, TANF, VA, Apoyo Manutención de los hijos, presupuesto	SÍ NO		Transporte al trabajo, Cita con doctor, reparar el automóvil	SÍ NO	
Necesidades de empleo En busca de un trabajo Currículum de trabajo, Otra ayuda	SÍ NO		Necesidades de veteranos: entrenamiento médico, reparaciones en el hogar accesibilidad para discapacitados	SÍ NO	
Asistencia de utilidad Eléctrico, Gas Natural, Propano Otra ayuda	SÍ NO		Necesidades legales Apoyo para niños, Criminal, Civil, otrs auy	SÍ NO	
Necesidades de vivienda: Albergue temporal, subvencionado sección 8 de vivienda , refacción , Climatización, Otra ayuda	SÍ NO		Necesidades de salud: Inmunizaciones, Prescripción , Primeros auxillios, Apoyo problemas mental, Otras ayuda	SÍ NO	
Refrigeración calefacción: Calentadores, unidades de ventana Refacción, Calentador de agua Gas Natural Pipas/Refaccion	SÍ NO		Educación: GED, ingles como Segundo lenguaje. Entrenamiento Vocacional, Otras Ayuda	SÍ NO	
Necesidades de cuidado de Niños, cuidado de los ancianos	SÍ NO		Otras necesidades no Identificadas	SÍ NO	

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period prior to the date of application** for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

(Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

Community Action, INC. of Central Texas
COMMUNITY SERVICES

AUTOCERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	
El nombre del solicitante:	
Nombre de la persona con discapacidad:	
Relación de la persona con discapacidad al solicitante:	

Personas con discapacidades: cualquier persona que sea:

- ✔ Un individuo discapacitado como se define en §7 (9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- ✔ Bajo una discapacidad como se define en §1614 (a) (3) (A) o §223 (d) (1) de la Ley del Seguro Social o en §102 (7) de la Ley de Construcción de Instalaciones y Servicios para Discapacidades del Desarrollo;
- ✔ Recibiendo beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

LA AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DECLARAR EL ESTADO DE DESACTIVADO:	
Por la presente confirmo mi elegibilidad como Persona con Discapacidad, de acuerdo con la definición antes mencionada de Persona con Discapacidad.	
_____	_____
Firma de la persona con discapacidad o su guardian	Fecha