



## 2025 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 6 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 abaja 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. No se aceptan extractos bancarios ni declaraciones de impuestos.
- ❖ 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/PROPANO 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 Ciudadanía, US American Tribal Tarjeta con 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 certificada del acta de nacimiento emitada por el estado, 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, 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/gas / propano actuales y vencidas y un aviso de desconexión si corresponde.

La mejor manera de contactar con nosotros:

Email to: [utilityassistance@communityaction.com](mailto:utilityassistance@communityaction.com)

Fax 512-396-4255

Phone 512-392-1161



**¡USO DE OFICINA SOLAMENTE!**

Date Received : \_\_\_\_\_  
Date Completed : \_\_\_\_\_  
Date Enrolled : \_\_\_\_\_

**Priority**  
Elderly/Disabled/Child 5 or  
younger/Veteran

**2025 Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA					
Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Seguro Social #:	
Contacto/Teléfono Celular:				Tipo de Vivienda: (círculo) Alquiler o Propia	
Dirección Física:				Apt. #:	
Ciudad		Estado:		Codigo Postal:	
Dirección de Correo (si es diferente):				Apt. #:	
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:	
Método preferido de contacto: correo electrónico <input type="checkbox"/>				teléfono <input type="checkbox"/>	
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos razas	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Educación</b> <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	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Trabajo Temporada</b> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Relación al Solicitante</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<b>Situación labora 18 o más</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <b>Ultimo día de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <b>Ultimo día de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años		<b>Situación Militar</b> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Nunca sirvió	<b>Seguro médico</b> <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
<b>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</b> <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			<input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestación por desempleo <input type="checkbox"/> SS beneficios para sobrevivientes <input type="checkbox"/> Ninguno		<b>Recibe beneficios que no son de efectivo</b> <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vivienda pública <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
<b>¿Cómo se dio cuenta de nuestros servicios?</b> <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> St. Vincent De Paul <input type="checkbox"/> La escuela <input type="checkbox"/> Salvation Army <input type="checkbox"/> Banco de alimentos <input type="checkbox"/> Programa de CAI <input type="checkbox"/> Recomendación de un amigo o familiar					
<input type="checkbox"/> Ya es Ud. Cliente de CAI <input type="checkbox"/> Facebook, Instagram, witter <input type="checkbox"/> Su empleador <input type="checkbox"/> Compañía de luz or gas <input type="checkbox"/> Evento público <input type="checkbox"/> Otro					

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

**OTRAS MIEMBROS DEL HOGAR**

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Seguro Social #			
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<b>Raza</b> <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"/> Dos razas	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Educación</b> <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	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Trabajo Temporada</b> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Relación al Solicitante</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	<b>Situacion labora 18 o más</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	<b>Situación Militar</b> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Nunca Sirvió	<b>Seguro médico</b> <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		
<b>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</b> <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			<b>Recibe beneficios que no son de efectivo</b> <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:		Seguro Social #			
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<b>Raza</b> <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"/> Dos razas	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Educación</b> <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	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Trabajo Temporada</b> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Relación al Solicitante</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	<b>Situacion labora 18 o más</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	<b>Situación Militar</b> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Nunca Sirvió	<b>Seguro médico</b> <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		
<b>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</b> <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			<b>Recibe beneficios que no son de efectivo</b> <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:		Seguro Social #			
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<b>Raza</b> <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"/> Dos razas	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Educación</b> <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	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Trabajo Temporada</b> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Relación al Solicitante</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	<b>Situacion labora 18 o más</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	<b>Situación Militar</b> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Nunca Sirvió	<b>Seguro médico</b> <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		
<b>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</b> <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			<b>Recibe beneficios que no son de efectivo</b> <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:		Seguro Social #			
<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<b>Raza</b> <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"/> Dos razas	<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Educación</b> <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	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Trabajo Temporada</b> <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Se Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Relación al Solicitante</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	<b>Situacion labora 18 o más</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <b>Ultimo dia de trabajo</b> _____ <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	<b>Situación Militar</b> <input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Nunca Sirvió	<b>Seguro médico</b> <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		
<b>¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?</b> <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			<b>Recibe beneficios que no son de efectivo</b> <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 O Renta:  Sí  No

Hipoteca/Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_ Utilidades Incluidas en Alquiler?  Sí  No

**Compañía de Servicios**

Nombre de la Compañía Eléctrica: \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_ Callefacción \_\_\_\_\_ Refrigeración \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Gas: \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_ Callefacción \_\_\_\_\_ Refrigeración \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de propano: \_\_\_\_\_ 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, inglés como Segundo lenguaje, instrucción para un Carrera)  
 Servicios Comunitarios (asistencia de servicios públicos)  
 Head Start  
 Head Start - actualmente matriculado  
 Servicios de Salud (VIH/SIDA, Cáncer de mama y cáncer de cérvico)  
 Centro de la tercera edad
2. ¿Alguien está inscrito en educación secundaria o registrado en la Fuerza Laboral de Texas in los últimos 30 días?  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 veterano?  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 = _____ Monthly _____ x 12 = _____	Total Annual Income \$
2. Household Poverty Income Level: _____ 0-50% _____ >50-75% _____ >75-125% _____ >125-150% _____ >150%	
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:*

<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/> Health Services	<input type="checkbox"/> Adult Education				
Community Services	_____ CEAP	_____ LIHWAP	_____ CSBG	_____ Senior Citizen Center	_____ Lifeline	_____ SMEU
<input type="checkbox"/>						

**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 \_\_\_\_\_

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

*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.  
**2025 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		<b>Asesoramiento:</b> Familia, Abuso de alcohol sustancias o otra ayuda	SÍ NO	
<b>Ingresos:</b> SS, SSI, TANF, VA, Apoyo Manutención de los hijos, presupuesto	SÍ NO		Transporte al trabajo, Cita con doctor, reparar el automóvil	SÍ NO	
<b>Necesidades de empleo</b> En busca de un trabajo Currículum de trabajo, Otra ayuda	SÍ NO		<b>Necesidades de veteranos:</b> entrenamiento médico, reparaciones en el hogar accesibilidad para discapacitados	SÍ NO	
<b>Asistencia de utilidad</b> Eléctrico, Gas Natural, Propano, Otra ayuda	SÍ NO		<b>Necesidades legales</b> Apoyo para niños, Criminal, Civil, otrs auy	SÍ NO	
<b>Necesidades de vivienda:</b> Albergue temporal, subvencionado sección 8 de vivienda , refacción, Climatización, Otra ayuda	SÍ NO		<b>Necesidades de salud:</b> Inmunizaciones, Prescripción, Primeros auxillios, Apoyo problemas mental, Otras ayuda	SÍ NO	
<b>Refrigeración calefacción:</b> Calentadores, unidades de ventana Refacción, Calentador de agua Gas Natural Pipas/Refaccion	SÍ NO		<b>Educación:</b> 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(including students) 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 (incluyendo estudiantes), 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**

<b>AUTOCERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD</b>	
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.

<b>LA AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DECLARAR EL ESTADO DE DESACTIVADO:</b>	
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