

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 o modificaciones razonables, incluidos formatos alternativos y ayudas y apoyos auxiliares disponibles para personas con 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
- Asistencia de transporte
- Otros tipos de apoyo basado en la necesidad.

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 a menos que sea necesario para el beneficio específico que usted o el miembro de su hogar está solicitando. Su trabajador social puede informarle qué beneficios requieren un número 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 voluntariamente un número de Seguro Social para usted o 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, según lo limitado por la ley federal aplicable.

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? ☐ Sí ☐ No	ALGUIEN EN SU HOGAR ES (OPCIONAL) ¿Embarazada? ☐ Yes ☐ No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Discapacitado? ☐ Yes ☐ No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Anciano (60+)? ☐ Yes ☐ No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Confinado en casa? ☐ Yes ☐ No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Veterano? ☐ Yes ☐ No Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿En servicio militar? ☐ Yes ☐ 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 ayudarle 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 _____			

Enumere la información de los miembros del hogar a continuación, incluido usted mismo:

Nombre (Por favor comience con uno mismo)	¿Solicitante de beneficios? (Y/N)	Fecha de cumpleaños	Número de seguro social (Opcional para miembros del hogar no solicitantes) **	Estado de ciudadanía o inmigración (Completo para Solo miembros del hogar solicitantes)	Etnia y raza	Género	Tipo de seguro médico	Relación con el solicitante	Ultimo grado escolar completado	Estatus Laboral (ej. Empleado de tiempo completo, de medio tiempo, etc.)

* No está obligado a proporcionar un número de Seguro Social a menos que sea necesario para el beneficio específico que usted o el miembro de su hogar está solicitando. Su trabajador social puede informarle qué beneficios requieren un número de seguro social. No está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social para ningún miembro de su hogar que no esté solicitando beneficios. Solo se le exige que proporcione un número de Seguro Social para los miembros de su hogar que solicitan beneficios. Es posible que se requieran números de Seguro Social para ser elegible para ciertos beneficios. Los números de Seguro Social de los solicitantes y miembros del hogar que no son solicitantes se pueden usar para evitar la duplicación de servicios, como prueba de identidad, para verificar los ingresos a través de los empleadores o la elegibilidad para otros programas locales, estatales y federales, y acelerar el procesamiento de su solicitud. Pregúntele a su trabajador social sobre cómo proporcionar un número de Seguro Social para los miembros del hogar puede afectar la elegibilidad para algunos beneficios y la cantidad de beneficios que se pueden otorgar.

**Solo se requiere que proporcione información relacionada con la ciudadanía o el estado migratorio de los miembros del hogar que solicitan beneficios. Pregúntele a su trabajador social cómo proporcionar información relacionada con la ciudadanía o el estado migratorio de los miembros del hogar puede afectar la elegibilidad para algunos beneficios y la cantidad de beneficios que se pueden otorgar. La información en esta solicitud solo se utilizará para determinar si usted o los miembros de su hogar son elegibles para los beneficios a menos que se requiera informar de una violación de inmigración bajo A.R.S. § 1-501 o -502, según lo limitado por la ley federal aplicable.

***Para agregar miembros adicionales, solicite una página de miembros adicional al asistente social.

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 automoviles, 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

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

H. (Veteran's 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

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 los La situación está completa. 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. 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: _____

Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de Phoenix
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN

Yo _____ (escriba el nombre completo), por la presente afirmo bajo pena de perjurio, que presenté documentación a la Ciudad de Phoenix con el propósito de obtener un beneficio de la ciudad para mí o un miembro del hogar, que las personas que buscan beneficios están legalmente presentes en los Estados Unidos y que las personas que buscan beneficios son las personas identificadas en la documentación.

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

SOLO PARA CLIENTES DE SRP

UTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION DE SERVICIOS PUBLICOS

Yo, el cliente de SRP registrado, consiento y autorizo a City of Phoenix ("Agencia") para que acceda a cualquier información de Salt River Project Agricultural Improvement and Power District ("SRP") con respecto a mi historial de pagos, morosidad, montos pendientes adeudados, depósitos requeridos, historial de uso y otra información relacionada, y para usar dicha información en relación con mi solicitud de asistencia financiera. Este consentimiento y autorización expirara despues de la revision por parte de la Agencia de la información de mi cuenta de cliente de SRP para la calificación de asistencia financiera de la Agencia.

Número de Cuenta de SRP: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente Registrado de SRP: _____

Dirección del Servicio: _____

Firma del cliente de SRP registrado: _____