

Acción Comunitaria del Condado de Davidson, Inc.
911 S. Talbert Blvd., P.O. Box 389, Lexington, NC 27293-0389
(336) 249-0234 (correo de voz) 336- 249-2078 (fax)
www.davidsoncommunityaction.com

SOLICITUD DE INICIATIVA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Gracias por tu interés en nuestros servicios.

A través del programa federal CSBG Subvención de Autosuficiencia familiar CSBG administrado en todo el estado por la Oficina de Oportunidades Económicas de Carolina del Norte, podemos ofrecer a las personas de bajos ingresos que viven en el condado de Davidson afectados por COVID-19 una manera de volverse económicamente autosuficientes y brindar asistencia de emergencia. Si usted califica y se inscribe en esta iniciativa, trabajará con un consejero que lo ayudará a establecer y lograr sus metas en materia de empleo, educación, vivienda y más. Podemos ayudarlo con referencias, ayudarlo a presupuestar su dinero, planificar y ahorrar de manera efectiva para el futuro, y ser un defensor para usted en cada paso del camino.

Lea las instrucciones para completar esta solicitud y complétela correctamente. Esto nos ayudará a servirle a usted y a su familia de forma rápida y eficaz.

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Lea toda la Solicitud detenidamente antes de completarla y enviarla. Escriba de forma legible, con tinta azul o negra. Responda todas las preguntas de la aplicación. Si no corresponde, marque " No Aplica" o "N/A".

No se aceptarán solicitudes incompletas para revisión o asistencia.

La parte 1 de este documento es para información del solicitante. Proporcione información personal actualizada. Necesitamos saber si usted o alguien en su hogar ha recibido nuestros servicios en el pasado, cómo se enteró de nosotros, qué agencia lo refirió y qué tipos de ayuda puede necesitar ahora.

La parte 2 del documento es para información del hogar. Tenemos que recopilar esta información para determinar su elegibilidad. Tenga cuidado de colocar la información requerida en los espacios provistos para todos en su hogar. Tenga en cuenta que las características étnicas y raciales se recopilan solo con fines estadísticos y no son criterios utilizados para determinar la elegibilidad.

La parte 3 de este documento es un presupuesto familiar mensual para gastos. Tenemos que recopilar esta información para ayudarlo a alcanzar sus objetivos si se determina que es elegible. Estime con precisión sus gastos mensuales actuales en los espacios proporcionados, con el mayor detalle posible.

La Parte 4 de este documento es su certificación de que la información en esta Solicitud es verdadera. También tiene un permiso para que podamos recopilar más información sobre usted. Debe firmar esto para que podamos determinar su elegibilidad.

Háganos saber si necesita ayuda con esta Solicitud o no entiende algo; estaremos encantados de ayudarlo.

Política y procedimiento de elegibilidad, denegación y apelación del programa

Nosotros utilizamos la información que usted proporciona en la solicitud, junto con algún otro documento que se le solicite, o cualquier cita futura con nosotros, para determinar su elegibilidad para este programa. Su solicitud puede ser denegada por las siguientes razones:

- Los ingresos de su familia no cumplieron con las pautas de elegibilidad exigidas por la ley: los ingresos de su familia exceden los límites establecidos por la ley o el reglamento.
- No proporcionó suficiente información o documentación para que podamos determinar su elegibilidad.
- No completó la Solicitud, ni asistió a sus citas de seguimiento, ni proporcionó los documentos que solicitamos.
- Proporcionó información fraudulenta o tuvo la intención de hacerlo.
- Usted tergiversó su propósito al presentar una solicitud a este programa.
- No ha sido residente del condado de Davidson durante al menos noventa (90) días o no proporcionó documentación que acredite dicha residencia.
- Usted (u otro miembro de su familia) fue aceptado en este programa en los últimos doce (12) meses.
- Es posible que no tengamos fondos para inscribirlo en el programa o es posible que no tengamos fondos para brindarle servicios.

Si su solicitud es denegada por una de las razones anteriores, le informaremos por escrito, por carta a su dirección postal que figura en la solicitud, no más de diez (10) días después de que determinemos que no es elegible para este programa. La carta enumerará los motivos de la denegación. Tendrá siete (7) días a partir de la fecha de la carta para informarnos por escrito de cualquier información que crea que justificará una determinación favorable de elegibilidad.

Si se le niegan los servicios, cuando lo solicite, celebraremos una audiencia dentro de los siete (7) días posteriores a la recepción de su solicitud, momento en el cual se le dará la oportunidad de presentar pruebas de por qué se debe anular la denegación. Le notificaremos por escrito, dentro de los siete (7) días posteriores a la audiencia, de nuestra decisión sobre si es elegible o no para los servicios.

Acción Comunitaria del Condado de Davidson, Inc.

911 S. Talbert Blvd., P.O. Box 389, Lexington, NC 27293-0389 (336) 249-0234 (correo de voz) (336) 249-2078 (fax) www.davidsoncommunityaction.com

Por favor use tinta

Fecha: _____

Uso oficial
Número de admisión:

Información personal:

Nombre del aplicante _____
Nombre Segundo nombre Apellido/Apellidos

Dirección _____

Dirección Física _____

Dirección de correspondencia []

Número de teléfono Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____ Mensaje _____ Otros _____
Correos electrónicos: _____
¿Tiene Acceso constante de internet? (marque uno): Si [] No []

Razones por las que aplica: Antecedentes

Explique el motivo por el cual esta aplicando a este programa: _____
¿Usted o alguien de tu familia ha recibido asistencia de esta agencia Davidson County Community Action anteriormente? (marca uno): Si [] No []
Si fue así, ¿cuándo fue otorgada esta asistencia? _____

¿Quién lo refirió a nosotros? ¿Con cual de las siguientes opciones necesita ayuda en este momento? (Marque todas las que aplican)

Nota: es posible que DCCA no brinde todos estos servicios, pero esta información ayudará a brindarle las referencias adecuadas.

- Family, Friend, Internet, Directory, Radio, Television, Periodic, Other agency
Intervention, Addition, Budgeting, Counseling, Child care, Child health, Clothing, Food, Stamps, Housing assistance
Rehabilitation, Job search, Legal problems, Literacy, Money management, Medical attention, Mortgage payment, Learning to be a parent, Rent, Adult health
Refugee, Taxes, Transportation, Utilities, Home protection, Other

Miembros de Familia (por favor compete para todos los miembros de su familia, incluido usted)

Nombre (primer nombre, Segundo nombre inicial, apellidos) <i>Note: Applicants information should listed on the first line, as the "head of Household."</i>	Fecha de Nacimiento	Edido	Sexo M/F	Nivel educativo de los adultos: (Indicado por letra) A. Grado 0-8 B. 9-12/no-graduado C. Bachillerato o GED D. 12+ alguna universidad E. 2 or 4 años de Universidad graduado F. Posgrado <i>Note: Niños deben marcarse como "N/A"</i>	Relacion	Raza, Etnicidad, (Indicado por letra) A. Blanco Caucáicoso B. Afroamericano negro C. Indio Ameriano/Nativo de Alaska D. Asiático E. Nativo de Hawaii.otra isla del pasifico F. Hispano/Lation G. Multi-raza: (2 0 mas)	Características (Marque todas to que aplica) 1. Deshabilitado 2. Tiene Seguro Médico 3. Veterano
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si
							1 si 2 si 3 si

Ingresos del hogar:	Si	No	Alojamiento:	Beneficios
A. ¿Tienen alguien ingresos de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Circule la opcion que aplica)	A. Su familia recibe estampillas (Food Stamps)?
B. ¿Tienen alguien ingresos por discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Dueño de casa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
C. ¿Tienen alguien ingresos del seguro social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Renta	Cantidad por mes: \$ _____
D. ¿Tienen alguien ingresos por parte de Work First?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C, Sin Hogar	B. Alguien de su familia reibe MEDICAID?
E. ¿Tiene alguien ingresos de Child Support?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Otro (explique porfavor):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
F. ¿Tienen alguien ingresos por compensación laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cuantas personas reciben Medicaid:
G. ¿Hay alguien pensionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Alojamiento		Indique sus gastos mensuales por favor	Educación	
Categoría	Gasto mensual		Categoría	Costo mensual
Telefono/Celular/Localizador	\$		Colegiatura/deudas	\$
Aceite de calefacción/Gas/madera	\$		Libros/Útiles	\$
Dueño de casa/aseguranza de renta	\$		Total:	\$
Mantenimiento/Cuidado de Césped	\$		Vestimenta	
Renta/Hipoteca	\$		Categoría	Costo mensual
Impuesto de la propiedad	\$		Compras	\$
Electricidad	\$		Lavandería/tintorería	\$
Agua	\$	Total:	\$	
Total:	\$	Entretención		
Alimentación		Categoría	Costo Mensual	
Categoría	Costo mensual	Cable/Satellite	\$	
restaurantes	\$	Vacaciones/fines de semana	\$	
Alimento escolar	\$	Revistas/Periodicos/libros	\$	
Artículos de uso doméstico	\$	Películas/Videos/Rentas/Música	\$	
Comestibles	\$	Deportes/Gym/Pasatiempos	\$	
Carnes	\$	Total:	\$	
trabajo (comida/merienda/Cafe)	\$	Miscelaneos		
Total:	\$	Categoría	Costo Mensual	
Transporte		Regalos (Cumpleaños)	\$	
Categoría	Costo Mensual	Otros (Aseo personal, etc)	\$	
Combustible	\$	Contribuciones (Iglesia/Caridades)	\$	
Mantenimiento automotriz	\$	Cuidado de mascotas	\$	
Aseguranza/impuestos automotriz	\$	Seguro de vida	\$	
Pago automotriz	\$	Alcohol	\$	
Transporte público estacionamiento	\$	Salón de belleza/Peluquería	\$	
Total:	\$	Tabaco	\$	
Gastos médicos		Total:	\$	
Categoría	Costo mensual	Gastos de negocios		
Cuidado ocular/dentista	\$	Categoría	Costo mensual	
Doctor	\$	Costos recurrentes	\$	
Aseguranza médica	\$	Costo único	\$	
Recetas	\$	Total:	\$	
Total:	\$	Gastos financieros		
Cuidado infantil		Categoría	Costo mensual	
Categoría	Costo mensual	Ahorros	\$	
Doporte a menores/soporte marital	\$	Pago de deudas	\$	
Niñera/o	\$	Gastos bancarios/envíos	\$	
Total:	\$	Total:	\$	
Total de esta columna:	\$	Total de esta columna:	\$	
		TOTAL (Ambas columnas)	\$	

certificación y renuncia a los derechos de privacidad

Yo certifico que en mi verdadero conocimiento que el ingreso real mensual de mi familia es \$ _____.

Además, certifico que toda la información proporcionada aquí a mi leal saber y comprensión. Soy consciente que esta información está sujeta a revisión y verificación, y es posible que tenga que proporcionar documentos que la respalden. Soy consciente de que se puede negar la asistencia si no soy elegible o si no cumplo con los requisitos del programa. Soy consciente de que puedo ser procesado si, a sabiendas, he proporcionado información falsa para recibir asistencia. He sido notificado de mi derecho a apelar cualquier negación de servicio o asistencia para la que pueda seré legible. Por la presente otorgo permiso y autorizo a cualquier empleador, compañía de utilidades, Administración de Veteranos, Departamento local de Servicios Sociales, Administración del Seguro Social y otras instituciones públicas y privadas a compartir información sobre mi situación financiera pasada o presente en orden de determinar si soy elegible para los servicios. Permito la divulgación de la información confidencial contenida en este documento con fines de verificación. Entiendo que toda la información personal que proporcione se mantendrá en forma confidencial para proteger mi privacidad.

10A NCAC97C.0107 (e) (2): "El beneficiario de este subsidio [DCCA] Debe hacer verificaciones razonables para asegurarse que los documentos e información sean correctos. Verificar las declaraciones y autodeclaraciones. El miembro de familia que reciba este beneficio debe comunicarse con las instituciones apropiadas, como el empleador, el Departamento de Servicios Sociales, u otras dependencias financieras y de gobierno para obtener su información por escrito. Esta documentación dene ajustarse a la declaración de autodeclaración."

Firma del aplicante

Fecha

Firma del entrevistador

Fecha

Notas del administrador del caso:

Uso de oficina:

Fecha retrospectiva de 90 días: