

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA *WORK FIRST*

Nombre del solicitante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Condado: _____

Nº del caso: _____ Nº de distrito: _____

GRUPO FAMILIAR: Anote el nombre de todos los miembros del grupo familiar para quienes se está solicitando asistencia de emergencia:

(No es necesario que los miembros del grupo familiar para quienes no se esté solicitando asistencia den su número de seguro social o su estado de inmigración o ciudadanía)

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Nº de seguro social (si se incluyen en la aplicación)	Ciudadano o inmigrante elegible	Relación

¿Hay en el grupo familiar algún niño que satisfaga las reglas de edad de *Work First*? Sí No

¿Vive el niño con un adulto que satisfaga la regla de parentesco de *Work First*? Sí No

¿Hay alguien en la solicitud de asistencia de emergencia que haya recibido alguna vez asistencia de emergencia?

Sí ¿Cuándo?: _____ No

¿Vive alguien en la residencia sin aparecer en la solicitud de asistencia de emergencia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿es la persona pensionista o huésped? Sí No

Documente la declaración del solicitante sobre la o las personas excluidas de la solicitud de asistencia de emergencia:

Describa la situación de emergencia: _____

RECURSOS: [Opción del condado] Liste todos los recursos propiedad de los mencionados en la solicitud.

Nombre	Efectivo en mano	Cuenta corriente	Cuenta de ahorros
Subtotales			

Total de recursos (**Sume los subtotales**) \$ _____ ¿Recursos válidos para asistencia de emergencia?

Sí No

INGRESOS: Liste el ingreso ganado y no ganado de cada miembro del grupo familiar.

Nombre	Tipo de ingreso	Fuente	Monto mensual bruto
Total de ingreso contable			

¿Ingreso válido? Sí No (Los límites de ingresos se establecen en el plan del condado para el programa *Work First*.)

DISPOSICIÓN: Aprobado Retirado Denegado

Razón de la denegación: _____

ASISTENCIA PRESTADA*: Liste la asistencia de emergencia prestada a través del programa *Work First*.

***Sólo beneficios a corto plazo no recurrentes para enfrentarse a situaciones de necesidad específica.**

Pagado a	Fecha de autorización	Monto del cheque	Propósito
Total de asistencia de emergencia			

Remisiones de documentos para conseguir asistencia adicional a fin de contribuir a aliviar la emergencia:

Sus derechos: Usted tiene derecho a apelar para que se le conceda una audiencia si se le negó el derecho de solicitud, si considera que el monto de la asistencia es incorrecto o si se le ha denegado la solicitud. Usted tiene derecho a retirar su solicitud.

Declaración del solicitante: Entiendo que es ilegal que yo haga declaraciones falsas y que me expongo a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he dado es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Certifico, bajo pena de perjurio, que todas las personas para quienes estoy solicitando asistencia son ciudadanos de Estados Unidos o inmigrantes calificados. Declaro, bajo pena de perjurio, (y a riesgo de enjuiciamiento de acuerdo con la sección 1746 del artículo 28 del Código de Estados Unidos) que lo anterior es verdadero y correcto. Le doy a la agencia permiso para que verifique toda información necesaria para determinar mi elegibilidad para la asistencia de emergencia.

Firma del testigo _____

Fecha _____

Firma del solicitante o representante _____

Fecha _____

Firma del trabajador asignado al caso _____

Fecha _____