

HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD

PARA PADRES QUE NO TIENEN LA CUSTODIA DE NIÑOS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO) Y FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS (menos del 200% del nivel de pobreza)

Marque uno: [] Familias debajo del 200% del nivel de Pobreza [] Padre que no tiene la custodia, del niño participa en el programa Work First

Lenguaje de Preferencia: _____ ¿Necesita interprete o traductor? ___ Si ___ NO

Los servicios de interpretación o traducción le pueden ser proporcionados gratuitamente por la agencia ¿Tiene alguna discapacidad que desee reportar? (El reporte de alguna discapacidad es VOLUNTARIO) ___ Si ___ No, o prefiero no reportar

DISCAPACIDAD: "Discapacidad significa, que la persona tiene: (1) un impedimento físico o mental que limita una o mas actividades mayores en su vida; (2) hay un registro de tal impedimento; o (3) que se le ha referido como una persona que padece de tal "impedimento" de acuerdo al Acta de Americanos con Discapacidades de 1990.

¿Necesita ayuda para llenar la solicitud o para la entrevista? ___ Si ___ No

Usted tiene que proporcionar únicamente información de Ciudadanía Americana o Estatus de Inmigración de las personas solicitando beneficios del Programa Work First (Trabajar Primero).

Nombre del padre o persona que cuida al niño: _____ [] U.S. Ciudadano [] Inmigrante calificado _____ [] U.S. Ciudadano [] Inmigrante calificado

Dirección: _____ Tel. _____

Padre que no tiene la custodia y recibe Beneficios de Work First:

Nombre del niño: _____ Número de Work First ID: _____

Titular en caso Work First: _____ # de caso del Condado: _____

Usted solo tiene que dar información de ciudadanía o estatus de inmigración de las personas que solicitan servicios del programa Work First.

Para familias con ingreso de menos del 200% del nivel de pobreza, escriba los niños que vivan en casa:

Table with 4 columns: Nombre, Edad, Relación con el solicitante, Ciudadanía o Estatus de Inmigración. Includes checkboxes for US Ciudadano and Inmigrante calificado.

Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Fuente de Ingresos	Ingreso Bruto Mensual
	TOTAL:

NIVEL DE POBREZA FEDERAL 2016 (CANTIDAD MENSUAL)

Tamaño de la Familia: Limite de Ingresos para la familia:									
# de personas	1	2	3	4	5	6	7	8	
200%	\$1,980	\$2,670	\$3,360	\$4,050	\$4,740	\$5,430	\$6,122	\$6,815	Por cada miembro adicional de la familia agregue \$693
150%	1,485	\$2,003	\$2,520	\$3,038	\$3,555	\$4,073	\$4,591	\$5,111	Por cada miembro adicional de la familia agregue \$520

Firma del Trabajador y Fecha _____ _____ Fecha	Firma del jefe de familia que no tiene la custodia _____ Fecha _____
---	--

Fecha de Aprobación: _____ Periodo de Autorización (1 a 12 meses): _____

Fecha de Negación: _____ Razón: _____

Fecha de entrada DSS-5027: _____ Fecha de Notificación del Programa FNS: _____

Documento en los archivos del caso las metas, actividades y los servicios provistos para el padre o la familia.

La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina a las personas sobre las bases de raza, color, nación de origen, discapacidad, sexo, religión o edad en la admisión, tratamiento, participación en programas, servicios y actividades, o en el empleo.