

SOLICITUD DEL PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO) DE EMERGENCIA

Condado: _____
 Fecha de solicitud: _____

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Caso/ Referencia No.: _____ Trabajador del caso: _____

GRUPO FAMILIAR: Liste a todos las personas solicitando Asistencia de Emergencia:

(Los miembros del grupo familiar que no estén solicitando beneficios, no son requeridos de presentar Numero de Seguro Social y Estatus de Inmigración)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	No. De Seguro Social. (si la persona es incluida en la solicitud)	Ciudadano o inmigrante calificado	Parentesco

¿El grupo familiar incluye a algún hijo con los requerimientos de edad del programa? Si No

El hijo (hija) mencionado, ¿Vive con un adulto que cumple con los requisitos de Kinship (cuidado por un familiar) del programa Work First? Si No

¿Alguna de las personas que aparecen en esta solicitud ha recibido AE anteriormente?
 Si No Si sí, cuando: _____

¿Hay alguna otra persona en casa que no este listada en la solicitud? Si No

Si sí, es la persona un huésped o compañero de cuarto? Si No

¿Por que la persona es excluida de la solicitud? (Documente la explicación):

Describa la situación de emergencia/desastre:

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

RECURSOS: Liste todos los recursos de las personas en la solicitud.

Nombre	Efectivo	Cuenta de Cheques	Cuenta de Ahorros
Subtotales			

Total (recursos)(**Sume los Subtotales**) \$_____ Por los recursos, es elegible para AE? Si No

INGRESOS: Liste todos los ingresos de cada uno de los miembros del grupo familiar.

Nombre	Tipo de Ingreso	Fuente	Cantidad mensual bruta
Total de ingresos contables			

Elegible de acuerdo al ingreso Si No (Límites de ingresos **150% o 200%** del nivel de **Pobreza Federal**)

Disposición: Aprobado Retiro Negado

Razón de negación: _____

ASISTENCIA PROPORCIONADA*: Liste la ayuda proporcionada por Work First EA.

***Limitada a beneficios de corto plazo no repetitivos, para un episodio de necesidad específica.**

Pagado a	Fecha de Autorización	Cantidad (Cheque)	Propósito
Total AE			

Documente si se le refirió a otra agencias o recursos en la comunidad para obtener mas recursos para aliviar la emergencia:

Sus Derechos: Tiene el derecho de a apelar o solicitar una audiencia si se le negó su derecho a solicitar, si cree que la cantidad que se le dio es incorrecta o si fue negada su solicitud. También tiene derecho a retirar su solicitud.

Declaración del Solicitante: Entiendo que es contra la ley el hacer declaraciones falsas y que pudiera ser perseguido si lo hago. Declaro bajo pena de perjurio (y ser sujeto a ser perseguido bajo 28 U. S. C. § 1746) que la información que he proporcionado es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor saber. Certifico bajo pena de perjurio que todas las personas para las cuales estoy solicitando son ciudadanas Norteamericanas o inmigrantes calificados. Doy permiso a la agencia para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para la Asistencia de Emergencia.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador del Caso: _____ Fecha: _____