

Formulario de solicitud del Fondo de Asistencia

| Información General | | |
|--|--|---|
| ID de aplicación | SSN | Fecha de aplicación (MM/DD/AAAA) |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido |
| Dirección Residencial | | |
| Dirección residencial | Apartamento/Unidad/Suite | Condado |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo (si es diferente de la anterior) | | |
| Dirección | Apartamento/Unidad/Suite | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Información de Contacto | | |
| Teléfono principal | Teléfono secundario | Dirección de correo electrónico |
| Información del Solicitante | | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra |
| Seguro de enfermedad <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Discapacidad (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Sordo/Oyente <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Ciego/Discapacidad Visual <input type="checkbox"/> Salud Crónica <input type="checkbox"/> Confinado en casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nivel más alto de educación <input type="checkbox"/> Grado 00-08 <input type="checkbox"/> 09-12 No Graduado <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Alguna Universidad / escuela de comercio <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> TÍTULO universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> Otro |
| Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Te has mudado a Arizona en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Etnicidad (seleccione una) <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska Y blanco <input type="checkbox"/> Asiático Y blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano Y blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska Y negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Otros multirraciales <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | Estado de ciudadanía <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro |

Formulario de solicitud del Fondo de Asistencia

| Perfil del hogar | | |
|--|--|--|
| Tamaño del hogar: _____ | # de fuentes de ingresos del hogar: _____ | # de miembros del hogar con ingresos: _____ |
| ¿Algún miembro del hogar tiene un trabajo estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Algún miembro del hogar tiene un trabajo migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro | Referido desde <input type="checkbox"/> Referencia de agencia <input type="checkbox"/> Referencia de la compañía de servicios públicos <input type="checkbox"/> Programa de extensión <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Otro | |
| Tipo de familia <input type="checkbox"/> Padres solteros - Mujeres <input type="checkbox"/> Padres solteros - Hombre <input type="checkbox"/> Dos padres Hogar Persona <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos - sin hijos Abuelo <input type="checkbox"/> criando niños <input type="checkbox"/> Otro | Otra asistencia recibida <input type="checkbox"/> LIHEAP: <input type="checkbox"/> URRD: <input type="checkbox"/> WAP: <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Suplementaria: Asistencia para el alquiler: <input type="checkbox"/> TAP: <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Detalles de la cuenta de servicios públicos

Complete una sección separada del formulario "Detalles de la cuenta de servicios públicos" para cada cuenta de servicios públicos adicional

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Empresa de servicios públicos | Número de cuenta de servicios públicos | Estado de la cuenta |
| Cantidad de uso de 30 días | Monto vencido | Monto de la subvención solicitada |
| # de pagos realizados en los últimos 90 días | Total pagado en los últimos 90 días | Tipo de utilidad |
| Cliente registrado | | |
| Inscripción en programas de servicios públicos (marque todas las que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Descuento por bajos ingresos <input type="checkbox"/> Descuento médico <input type="checkbox"/> Ahorro de energía <input type="checkbox"/> Selección de fecha de facturación del cliente <input type="checkbox"/> Pagos mensuales fijos <input type="checkbox"/> Retiro automático de pagos bancarios <input type="checkbox"/> Referencias de agencias <input type="checkbox"/> Prepago <input type="checkbox"/> Notificación de terceros <input type="checkbox"/> Asistencia para crisis financieras | | |

Formulario de solicitud del Fondo de Asistencia

Miembros del hogar

Complete una sección separada del formulario "Miembro del hogar" para cada miembro adicional del hogar

| | | | |
|--|--|--|--|
| Esta persona tiene una fuente de ingresos que contribuye al ingreso general del hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | SSN | |
| Nombre | | Inicial del segundo nombre | Apellido |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado | | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra |
| Seguro de enfermedad <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Discapacidad (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Sordo/Oyente <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Ciego/Discapacidad Visual <input type="checkbox"/> Salud Crónica <input type="checkbox"/> Confinado en casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | Nivel más alto de educación <input type="checkbox"/> Grado 00-08 <input type="checkbox"/> 09-12 No Graduado <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Alguna Universidad / escuela de comercio <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Trítulo universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> Otro | |
| Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Veteran <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Etnicidad (seleccione una) <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska Y blanco <input type="checkbox"/> Asiático Y blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano Y blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska Y negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Otros multirraciales <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | Estado de ciudadanía <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro | |

Renta

Complete una sección separada del formulario "Ingresos" para cada fuente de ingresos adicional

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Descripción del tipo de ingreso: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> 2do trabajo <input type="checkbox"/> 3er trabajo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Información de ingresos para: | | Monto bruto de 30 días |
| Fuente - Nombre | Fuente - Número de teléfono | Fuente - correo electrónico |
| Confirmación de la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> Verificado <input type="checkbox"/> No verificado <input type="checkbox"/> Incorrecto | Comentario: | |

Formulario de solicitud del Fondo de Asistencia

Evaluación de necesidades y comentarios

Marque cada casilla que corresponda

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comidas salteadas | <input type="checkbox"/> Medicamentos omitidos o reducidos | <input type="checkbox"/> Atención médica perdida |
| <input type="checkbox"/> Renuncia a la compra de bienes esenciales | <input type="checkbox"/> Hipoteca/alquiler retrasado o omitido | <input type="checkbox"/> Pagos de automóviles retrasados o omitidos |
| <input type="checkbox"/> Pagos de seguro retrasados o omitidos | <input type="checkbox"/> Manutención infantil retrasada o omitida | <input type="checkbox"/> Matrícula retrasada o omitida |
| <input type="checkbox"/> Dejó reparaciones domésticas sin hacer | <input type="checkbox"/> Uso reducido o eliminado de servicios públicos | <input type="checkbox"/> Otro - Especifique : _____ |

¿Hay circunstancias especiales o atenuantes que ocurrieron en los últimos 30 días que deben considerarse? Sí No

Razones de crisis (seleccione uno)

- Pérdida o reducción de ingresos
 Gastos inesperados o no planificados
 Una condición que afecta la salud y la seguridad del hogar

Comentarios:

Verificación de documentos requeridos recibidos

| Título del documento | Recibido (Sí/No) | Fecha de recepción (MM/DD/AAAA) |
|--|------------------|---------------------------------|
| Identificación con foto del solicitante | | |
| Ciudadanía/Estado de residencia (si corresponde) | | |
| Verificación de la dirección del solicitante | | |
| Prueba de identidad de cada miembro del hogar | | |
| Declaración de servicios públicos actual | | |
| Comprobante de ingresos para el hogar | | |
| Prueba de crisis (si corresponde) | | |