

HORA de Cita:	
FECHA de Cita:	
Cita con:	

Si llega mas de 10 minutos tarde se le hará otra cita.

Documentación necesaria para TODA asistencia:

- Tarjetas de seguro social para todos los ocupantes de su hogar, formulario 'CAP 2' o 'Household Summary' dada por DES, Carta de la oficina de Seguro Social con números de seguro social para cada ocupante de su hogar.
- Acta de nacimiento estadounidense, certificado de naturalización estadounidense, pasaporte estadounidense, tarjeta de residencia permanente para todos en el hogar o carta mas reciente declarando su elegibilidad para Asistencia Alimenticia o de Asistencia en Efectivo.
- Si usted O un miembro de la casa esta incapacitado se requiere una verificación reciente de su medico indicando la incapacidad.
- Verificación de ingresos de TODOS en el hogar
 - Carta comprobante de beneficios de seguro social, SSI, SSDI o de Asistencia en Efectivo
 - Talones de cheques verificando ingresos de los últimos 30 días
 - Desempleo, historial de pago de los últimos 30 días, "vea la información sobre su reclamo de UI" en la pagina electrónica en www.azui.com
 - Si trabaja por propia cuenta:
 - Se requiere un diario personal incluyendo la fecha, nombre, número de teléfono y cantidad recibida por cada cliente o trabajo durante los últimos 90 días.
 - Si esta desempleado:
 - Se requiere un a carta del empleador indicando el ultimo día de trabajo, razón de despedida, fecha del ultimo cheque otorgado, pago de indemnización, vacaciones pagadas y frecuencia de pago.
 - Si acaba de empezar un trabajo:
 - Carta del empleador indicando horas programadas a trabajar, cantidad de sueldo, fecha y frecuencia de pago.
 - Si no ha tenido ingresos en los últimos 30 días:
 - Estado de cuenta de banco
 - Carta indicando como ha sobrevivido en los últimos 30 días sin ingresos o cartas de parte de su familia o amigos que le han ayudado.

Asistencia con la Renta

- Contrato de Arrendamiento
- La Forma "Past Due Rent/Mortgage Letter" debe ser completada por el propietario/administrador de su vivienda. La fecha y la firma en la forma se debe obtener dentro de 10 días antes de su cita.
- Forma del Vencimiento de la renta (Five Day Notice)?
- Comprobante de crisis: Solo se aceptara uno de los siguientes situaciones
 - Verificación de una perdida de ingresos que ha ocurrido dentro de 90 días
 - Verificación de una reducción de ingresos que ha ocurrido dentro de 90 días
 - Recibos de gastos inesperados que han ocurrido dentro de 90 días (por ejemplo: reparaciones de vehiculo, gastos médicos, o gastos fúnebres)
 - Verificación de un condición de 'Salud y Seguridad' que pone en peligro a su familia o ocupantes del hogar (por ejemplo: propiedad expropiada, infestación, la violencia domestica)

Asistencia con Utilidades

- Facturas completas mas recientes de APS, SRP, o SWG. **Se requiere todas las páginas de la factura.**
- Clientes del M-Power traigan reporte de pago por los últimos 30 días y número de cuenta.
- Depósitos de utilidad: Verificación de que el depósito de alquiler y el alquiler ha sido pagado. Las copias de los recibos de alquiler pagados / depósito de alquiler.

Reparaciones de Hogar

- Titulo o escritura de casa.
- Declaración de impuesto más reciente de la casa.
- Factura del agua mas reciente

Si le falta algún documento habla a 480-963-1423 o 480-892-5331 antes de su cita para saber cual documento puede traer en lugar del que le falta

<i>List of Acceptable Documents (this list is not all-inclusive)</i>	
A Birth Certificate showing birth in U.S. or Territories or possessions	Certificate of Birth issued by Dept of State (FS-545, or DPS-1350)
U.S. Passport, current or expired, except limited passports that are issued for periods of less than 5 years.	Certificate of Naturalization (N-550, N-570)
CURRENT award letter from ADES/FAA demonstrating eligibility for Food Stamp or Cash Assistance Programs. Must have applicant's name on award letter.	Adoption finalization papers showing child's name and place of birth in US, Territories or Possessions.
Report of Birth Abroad (FS 240) issued by the U.S. State Department	U.S. Consular Officer's Statement
Verification from USCIS (US Citizenship and Immigration services) <u>CANNOT</u> be expired	Verification from local, state or federal Vital Records Office sent directly to agency from vital records office
Native American/American Indian Census Record (must have picture AND enrollment or ID number)	Marriage certificate showing marriage to a male U.S. citizen before 9/22/1922 (proof of male citizenship required also)
Medical records listing place of birth in U.S., Territories or Possessions, and created at least 5 years before application; for children under 16, record must be created near time of birth OR five years prior to application (i.e hospital wrist bands, crib cards).	Life, health or other insurance records, created at least 5 years before application date w/place of birth in US, territories or possessions.
Early school records including date of admission, place and date of birth, names of parents and places of birth of parents if listed.	Admission records from a nursing home or skilled nursing care facility (cannot be currently residing in facility).
U.S. Department of Justice Certificate of Citizenship (N-560, N-561)	Legal records showing applicant's name and place of birth in the U.S., Territories or Possessions.
Identification Card for use of Resident Citizen (I-179)	State census records
Northern Mariana ID (I-873)	Military Papers
American Indian Card (I-872 with classification code KIC noted on it)	Certificates of Live Birth signed by a hospital official AND parent
U.S. Census record with applicant name, US place of birth, and DOB or age of applicant when record was made. Must indicate place of birth in U.S., Territories or Possessions.	Verification from the Social Security Administration
Religious record created within 3 months of birth; must include place of birth in U.S., Territories or Possessions AND DOB or creation date.	U.S. Citizen Identification Card I-197
Proof of employment as U.S. Civil Servant prior to 6/1/1976	Current SSI or SSDI Award letter
Verification of Qualified Non-Citizen Status	
I-194 from Immigration and Naturalization Services or unexpired Passport with the words: "Processed for - 551"	
Resident Alien Card (I-551)	
Alien Registration Receipt Card (I-151)	
I-94 (not expired, with qualified endorsements)	



**Southeast CAP
Preselección y Evaluación
de Necesidades**

*****CAP Use Only*****
 Date rec'd: _____
 Appt. Date: _____
 Appt. time: _____
 Where: CH or GL

FAVOR DE LEER—Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad o su solicitud puede ser descartada.

Nombre del Aplicante: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Apt/Unit # _____
Dirección

Ciudad: Chandler Gilbert Sun Lakes Queen Creek Estado: AZ Código Postal: _____

Dirección de Envío: _____
calle o número de buzón ciudad estado código postal

de Teléfono: _____ # de celular: _____

Telefono de mensaje: _____ Correo Electrónico _____

Familia:

Acuerdo de Convivencia:

Hogar:

- Madre soltera
- Padre soltero
- Dos Padres en el hogar
- Soltero/a
- Dos Adultos sin hijos de menor de edad
- Otro

- Casa
- Trailer
- Apartamento
- Otro

- Renta
- Dueño/a del hogar
- Vive en vivienda subvencionada
- No es obligado a pagar
- N/A
- Sin Hogar

¿Recibe las estampillas de comida? Si No

¿Tiene niños de 5 y menores? _____ Si _____ No

¿Está interesado en recibir más información acerca de los programas de los niños? _____ Si _____ No

¿Le gustaría registrarse para SNAP (cupones de alimentos)? _____ Si _____ No

¿Es usted un veterano desempleado? _____ Si _____ No

¿Es usted un ex empleado de AZCEND o con CAP?

¿Es usted un voluntario o alguna vez ha ofrecido sus servicios con AZCEND o con CAP?

¿Hay alguien en su hogar en AHCCCS? Si _____ No

¿Quién es su proveedor de AHCCCS? _____

Que clase de asistencia busca hoy? Marque todos los que aplican.

- Renta vencida
- Hipoteca vencida
- Mudanza
- Servicios esenciales publicos (electricidad, gas)
- Deposito para servicios esenciales publicos
- Case Management (ayuda con lograr metas)
- Referencia para comida, ropa, trabajo, etc.
- Reparaciones de casa
 - Weatherization (sistema de aislamiento, sellado de puertas, ventanas ect.)
 - Emergencia: reparaciones de casa, favor de explicar: _____

Tiene documentos autenticos y legitimos cuales comprueban ciudadanía de los estados unidos, sean de naturalización, o de estado migratorio?*** SI NO

*****Cabe notificar que algunos de los fondos disponibles requieren la verificación Legal de su presencia: Ciudadanía, Naturalizacion, y/o Tarjeta de Residencia. El aplicante que declare verbalmente, o por escrito, que esta aquí ilegalmente, o en violación de las Leyes de USCIS, sera reportado al Departamento de Emigracion y Enforce de Aduana, conforme la Ley de ARS I501 y I 501 y i-502 y a.r.s 46-140.**

*****NO LLENE LO GRIS*****

Numero de Seguro Social	NOMBRE	Genero	Fecha de Nacimiento	Hmbd	Hdcp	Health Ins	Vet	Edu	Mrtl Stat	Lang	Citz	ETH	Race	Rel
1. Aplicante		M F		Y N	Y N	Y N								
2. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
3. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
4. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
5. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
6. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
7. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
8. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
9. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								
10. miembro del hogar		M F		Y N	Y N	Y N								

*******SOLO PARA USO DE CAP*******

Services Provided: *CIRCLE ALL THAT APPLY*

UTS UTA UDE CMA ERP RPT EMO RED Other: _____ Gross Income: _____ HDS#: _____

***Date of completed application: ____/____/____

Income Type: **Empty** **Empty&Ben** **Other** **No income** Benefits: **CA GA SSI SS Pension UI**

Notes:

Energy Education: **Y N** Child Support Referral to Custodial single-parent: **Y N N/A**
 Migrant Farm Worker: **Y N** Seasonal Farm worker: **Y N**

Answer the following questions ONLY if providing assistance with state EA and/or TANF fund sources: All employable HH members have complied with employment or employment training requirements? **Y N**

Ingreso Mensual		Gastos Mensual	
Empleo(después de impuestos)	\$	Renta/Hipoteca	\$
Workers Comp.	\$	Utilidades (Gas/Electricidad)	\$
Desempleo	\$	Agua/alcantarilla /Basura	\$
Child Support	\$	Teléfono de casa y celular	\$
Seguro Social	\$	Comida(Mandado/comer afuera)	\$
VA/Pensión	\$	Pago de Caro	\$
TANF/Welfare	\$	Seguraza de Caro	\$
Provisión de Utilidades	\$	Gasolina	\$
Trabajo por propia cuenta	\$	Gastos Médicos/Dental	\$
Otros Ingresos	\$	Ropa	\$
Estampillas de comida	\$	Utensilios domésticos (jabón, etc.)	\$
Subsidio/Préstamo	\$	Entretenimiento (cable, películas)	\$
		Gastos de cuidado de niños	\$
		Gastos de Educación	\$
TOTAL	\$	TOTAL	\$

INGRESOS

Nombre de miembro de casa con ingresos	Nombre del Origen de los Ingreso	Numero de Telfono (del origen de los ingresos)	Frecuencia (semanal, mensual, quincena)	Dia de que recibe ingresos (Lunes, Martes, Mier.)	Cantidad de Ingresos de los ultimos 30 dias

Información sobre su crisis: Por favor explica. Que causo su necesidad de buscar ayuda hoy? (gastos inesperados, perdida de ingresos, etc.):

La información cogida en esta forma No determina elegibilidad o asistencia financiera. Esta forma solo sirve para saber más información sobre su situación.

Yo juro y afirmo que las declaraciones hechas con respecto a la información dada in en estas hojas son verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento y doy permiso al personal de CAP Social Services de verificar la información dada, incluyendo cualquier asistencia que haya recibido en otras agencias.

Firma de Cliente

Fecha



AZCEND
Southeast Community Action Program
Póliza Confidencial

El personal de AZCEND Community Action Program (CAP) reconoce la importancia de la información altamente sensible de sus clientes. El personal del CAP no violara la confianza confidencial de sus clientes. Si la información del cliente no ha sido adecuadamente protegida por el personal de CAP, esto podría causar el despido del empleado.

Las siguientes guías se diseñaron para asegurar que la información privilegiada sea tratada en forma confidencial y con respeto.

- Los archivos del cliente se almacenaran en gabinetes cerrados bajo llave.
- El acceso a archivos se limita a trabajadores del CAP, Supervisores de AZCEND, y el personal del Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa.
- Los clientes tienen el derecho de revisar sus archivos. El personal del CAP debe estar presente mientras el cliente revisa sus archivos. Identificación de foto es requerida.
- Solamente el solicitante y su cónyuge pueden ver los archivos.

Las siguientes guías dan a conocer la información confidencial del cliente:

- La información solo será liberada cuando el cliente haya autorizado tal liberación como se explica en la forma de solicitud del cliente.
- Los pedidos para la información del cliente de parte de la policía o personal de la corte serán referidas al Director del Programa del CAP inmediatamente.
- Cualquier pregunta relacionada con respecto a su expediente será referida al Director del CAP.

He leído y recibido una copia de la forma de Confidencialidad tal como ha sido resumida arriba.

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Trabajador/a: _____ Fecha: _____



Southeast Community Action Program (CAP) El Proceso de la Resolución de Problemas

Se espera que su contacto con el Community Action Program (CAP) haya sido de beneficio. Si usted siente, por cualquier razón, que ha sido tratado/a injustamente, usted tiene el derecho de buscar una solución. Este es el propósito por el cual nosotros hemos desarrollado el siguiente proceso formal de la resolución de problemas.

Paso 1: Discuta el problema/su queja con la Supervisora del CAP para encontrar una solución satisfactoria. Usted puede llamar a 480-963-1423 ext. 111 para discutir o para hacer cita con la supervisora. Usted debe ponerse en contacto con la Supervisora dentro de 10 días de la fecha en que ocurrió el problema. La Supervisora documentara su queja y cualquier paso tomado para resolver su caso. Usted puede solicitar una copia de esta documentación.

Paso 2: Si usted siente que la supervisora del CAP no ha resultado satisfactoriamente usted puede presentar su queja en 10 días laborales al Gerente de Operaciones de Programas (480-963-1423 ext. 110). Usted debe ponerse en contacto con al Gerente de Operaciones de Programas dentro de 10 días de la fecha en que ocurrió el problema. al Gerente de Operaciones de Programas documentara su queja y cualquier paso tomado para resolver su caso. Usted puede solicitar una copia de esta documentación.

Paso 3: Si usted siente que el Gerente de Operaciones de Programas no ha resultado satisfactoriamente una solución, puede presentar su queja en 10 días laborales al Director Ejecutivo de AZCEND (345 S. California St. Chandler, AZ 85225 Telefono 480-963-1423 ext. 107). Al revisarse su queja, en no más de 10 días laborales, se le proporcionara una respuesta por escrito.

Paso 4: Si usted siente que el Director Ejecutivo de AZCEND no ha resultado satisfactoriamente su queja, usted puede presentar su queja dentro de 10 dias laborales a los Administradores de Programas de Departamento de Servicios Humanos-Division de Servicios Comunitarios del Condado de Maricopa al 234 N Central, Suite 3000, Phoenix, AZ 85004. Al revisarse su queja, el personal del Departamento de Servicios Humanos le proporcionara una respuesta escrita con referente a su caso.

Paso 5: Si usted siente que la queja todavía no ha sido resuelta por los Administradores de Programas del Departamento de Servicios Humanos-Division de Servicios Comunitarios del Condado de Maricopa, se le sugiere que tome el paso final en el proceso de apelaciones y presente su queja por escrito dentro de 10 días laborales al Arizona Department of Economic Security, Division of Aging and Adult Services, Assistant Director, PO Box 6123, Site Code 950A, Phoenix, AZ 85005, Phone #: 602-542-6600, Fax #: 602-364-1756. Al revisarse su queja, el personal le brindara una repuesta escrita con respecto a su reclamo.

He leído y recibido una copia del Proceso de la Resolución de Problemas resumida arriba.

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

MCHSD/CSD
APLICACION DE ADMISION DE AGENCIA

Ingrese Nombre /Direccion/Telefono de la Agencia

Chandler location
345 S. California St
Chandler, AZ 85225
480-963-1423 ext. 118

Gilbert location
132 W. Bruce Ave
Gilbert, AZ 85233
480-892-5331

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Comprendo que es mi responsabilidad asistir a todas mis citas y notificar al trabajador que admite aplicaciones si no puedo asistir a mi cita.

Proporcionare todos los documentos necesarios y verificaciones que soliciten. En caso de que no pueda obtener algun documento o verificacion solicitada, notificare al trabajador que admite aplicaciones el cual me guiara o asistira con respecto a este asunto.

Entiendo que, sin todos los documentos o verificaciones necesarias, una aplicacion de asistencia financiera directa no sera procesada.

Entiendo que debo proporcionar informacion completa y precisa sobre todas las personas en mi casa, incluyendo ingresos, recursos, propiedades y todos los otros articulos de estas personas que se relacionen con la posibilidad de ser elegible para servicios.

Entiendo que al no cooperar completamente con el proceso de admision de la aplicacion de asistencia financiera directa puede ser negada.

Entiendo que, si creo que mi aplicacion no deberia haber sido negada, puedo apelar esta decision. Notificare a esta agencia si deseo apelar esta decision o la calidad de servicio que fue proporcionado. Entiendo que, si lo solicito, se me proveera asistencia con mi solicitud de apelar. Si no he recibido una anteriormente, solicitare de esta agencia, una copia de su peticion escrita, queja, o proceso de solucion de problemas. Entiendo que, si deseo apelar, Yo o mi representante legal debe de hacerlo por escrito para esta agencia dentro de diez (10) dias de haber recibido la carta de denegacion.

Con mi firma acontinuacion, confirmo que comprendo completamente mis derechos y responsabilidades.

Firma del Apicante

Fecha