



VOLUSIA COUNTY HUMAN SERVICES
FAMILIAS QUE SOLICITAN AYUDA/ GASTOS MENSUALES

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: CELL _____ TELF. CASA _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO : _____

I. COMPOSICION FAMILIAR (Todos los miembros en su casa)

| NOMBRE | RAZA | SEXO | FECHA NACIMIENTO | ESTADO MARITAL | RELACION | #SEGURO SOCIAL (ULTIMOS 4 NUMEROS) | GRADO MAYOR DE ESTUDIO |
|--------|------|------|------------------|----------------|-----------------|------------------------------------|------------------------|
| | | | | | JEFE FAM | XXX-XX- | |
| | | | | | | XXX-XX- | |
| | | | | | | XXX-XX- | |
| | | | | | | XXX-XX- | |
| | | | | | | XXX-XX- | |
| | | | | | | XXX-XX- | |

II. CRISIS

1. DESCRIBA BREVEMENTE SU CRISIS POR EL CUAL UD. CONSIDERA NECESITA AYUDA DE EMERGENCIA Y CUANDO COMENZO: _____

2. QUE SERVICIOS UD. NECESITA POR EL CUAL ESTA APLICANDO?(ESPECIFIQUE):

3. QUE PLANES TIENE PARA PAGAR SUS GASTOS EL MES PROXIMO, SI DURANTE ESTE MES NO PUDO SUFRAGAR SUS GASTOS?

III. EMPLEO(PARA TODOS LOS MIMBROS DE SU CASA)

A. (USTED)

1. Esta Ud. Empleado actualmente? SI No 2. Trabaja alguien mas en su casa? Si No
3. Si no trabaja , se registro para trabajar? Si No 4. Aplico para desempleo? Si No
5. Que trabajo Ud. hace? _____
6. Esta buscando empleo? Si No 7. Recibe Ud. Beneficio por incapacidad? Si No
8. Que no le permite trabajar? _____
9. Cuando fue su ultimo empleo? _____
10. Donde fue su ultimo empleo? _____
11. Razon por el cual quedo desempleado? _____

B. _____ (Nombre)

1. Esta empleado? Si No 2. Otro miembro empleado? Si No
3. Si no tienen empleo , Se registraron para trabajar? Si No 4. Aplicaron para desempleo? Si No
5. Que trabajo hacen? _____
6. Estan buscando trabajo? Si No 7. Reciben beneficio por incapacidad? Si No
8. Que no les permite trabajar? _____
9. Cuando fue la ultima vez que trabajo? _____
10. Donde fue su lugar de trabajo? _____
11. Razon por quedar desempleado? _____

C. _____ (Nombre)

1. Esta empleado? Si No 2. Otro miembro empleado? Si No
3. Si no tiene empleo , Se registro para trabajar? Si No 4. Aplicaron para desempleo? Si No
5. Que trabajo hace? _____
6. Estan buscando empleo? Si No 7. Reciben beneficio por incapacidad? Si No
8. Que no les permite trabajar? _____
9. Cuando fue la ultima vez que trabajo? _____
10. Donde fue su lugar de trabajo? _____
11. Razon por quedar desempleado? _____

D. _____ (Nombre)

1. Esta empleado Si No 2. Otro miembro empleado? Si No
3. Si no tiene empleo, Se registro para trabajar? Si No 4. Aplicaron para desempleo? Si No
5. Que trabajo hace? _____
6. Estan buscando empleo? Si No 7. Reciben beneficios por incapacidad? Si No
8. Que no les permite trabajar? _____
9. Cuando fue la ultima vez que trabajo? _____
10. Donde fue su lugar de trabajo? _____

Social Worker Initials: _____

11. Razon por quedar desempleado? _____

IV. SERVICIOS SOCIALES

| Que asistencia recibe su familia? (Anote las que aplican) | Actualmente recibe | Recibio antes |
|---|-----------------------|---------------|
| Sustento menores- Court Order No: _____ Estado: _____ | | |
| Tanf (Ayuda a familias necesitadas) | | |
| Cupones de alimentos- Cantidad: \$ _____ | | |
| Medicaid | | |
| Medicare | | |
| Sociedad Compartida (PWD) | | |
| Seccion 8/Public Housing | | |
| Seccion 8/ Reembolso para luz /agua Cantidad: \$ _____ | | |
| Seguro Social | | |
| SSI/ SSD | | |
| Desempleo | | |
| Compensacion de trabajo | | |
| Beneficio de veterano | | |
| WIC | | |
| Pension Tipo pension _____ Cantidad: \$ _____ | | |

V. AYUDA EN SUS FINANZAS MENSUALES

| TIPO O SOPORTE PROVISTO | CANTIDAD | EFFECTIVO | * PAGA |
|--|----------|-----------|--------|
| Renta o Hipoteca | | | |
| Cuenta de luz | | | |
| Telefono | | | |
| Agua | | | |
| Gas (Calentar o Enfriar) | | | |
| Seguro automovil | | | |
| Pago de automovil | | | |
| Gasolina para el automovil | | | |
| Gastos medicos | | | |
| Alimentos | | | |
| Atender ninos/despues de clases | | | |
| Cuido de ninos (Panales,gastos escolares, etc) | | | |
| Productos para el hogar (Limpieza,papel sanitario, jabon de lavar ropa Etc). | | | |
| OTRO: | | | |

* Si alguien le ayuda como favor o le da el dinero para pagar ponga la cantidad en la ultima columna.

Social Worker Initials: _____

VI. GASTOS MENSUALES / QUE UD. PAGA CADA MES.

| <i>TIPO DE GASTOS</i> | <i>CANTIDAD</i> |
|---|-----------------|
| Renta o Hipoteca | |
| Cuenta de luz | |
| Telefono | |
| Agua | |
| Cuenta de gas (Calentar o enfriar) | |
| Seguro Automovil | |
| Pago de automovil | |
| Gasolina para el automovil | |
| Transportacion publica o Taxi | |
| Gastos medicos | |
| Alimentos | |
| Atender ninos/ Despues de clases | |
| Cuido de ninos (Panales,gastos productos para escuela , Etc.) | |
| Pension para menores- (Que Ud. Paga) | |
| Pagos ordenados por la Corte | |
| Productos para el hogar (Limpieza papel sanitario, jabón lavar ropa Etc.) | |
| Pagos a Rentas Internas(IRS) | |
| OTRO: | |

VII. OTRO Esta dispuesto hacer trabajo voluntario? Si No

Si contesto Si, Favor indicar las horas y dias disponibles:

| <u>Dia</u> | <u># Horas disponibles</u> | <u>Tiempo disponible</u> |
|--------------|----------------------------|--------------------------|
| Lunes _____ | Marte _____ | Miércoles _____ |
| Jueves _____ | Viernes _____ | |

Declaración escrita acerca de la recopilación y uso de los números de Seguro Social.

Esta declaración es de acuerdo a la Sección 119.071(5), Florida Statutes (Estatutos de la Florida). La división de Asistencia a la Comunidad (Community Assistance Division) es requerido por 24 CFR

5.210 a coleccionar los números de Seguro Social del aplicante o los que apliquen como miembros de su familia, si los hay.

Los números de Seguro Social son únicamente para identificar, verificar, rastrear y buscar información en conjunto con la solicitud del aplicante para poder asistirle. La División de Asistencia a la Comunidad puede revelar los números de Seguro Social a otras agencias o entidades del gobierno si fuese necesario para corroborar la información y cumplir con sus deberes y responsabilidades.

Firma de el aplicante

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

| <i>Total Estimated Monthly Expenses</i> | <i>Total Gross Income (Monthly)</i> | <i>Total Net Income (Monthly)</i> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | |

___ Referred to FSS ___ Referred to other Agency ___ Not Referred

Social Worker Initials: _____