



Concho Valley Community Action Agency

36 E Twohig, Ste B2
Phone: 325-653-2411

PO Box 671
Fax: 325-658-3147

San Angelo, TX 76902
www.cvcaa.org

2021 Aplicación

Aplicación para Servicios de Asistencia de Utilidades/Climatización y/o Agua

No permitimos avisos de desconexión para aplicaciones – favor de llamar la oficina para una cita

¡¡Favor de proporcionar copias [no guardamos copias del año pasado] de lo siguiente -- NO ORIGINALES!!

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (SIN EXCEPCIÓNES)

Si está aplicando para el programa de asistencia de agua solamente por la ciudad de San Angelo, no necesita el certificado de nacimiento

Lista 1: Si tienes **UNO** de estos documentos, no necesitas nada más de lista 2 y 3.

- Pasaporte de EEUU (puede ser vencido)
- Certificado de naturalización (N-550, N-570), Certificado ciudadano de EEUU (N-560, N-561), Permanente Residente Card o Residente Alien Card (I-551) (**de frente y detrás**)

Lista 2: Debe tener **UNO** de estos documentos

- **Certificado de nacimiento de EEUU** o Certificado of Birth Abroad (FS-240, DS-1350, o FS-545)

Y

Lista 3: Deber tener **UNO** de estos documentos **Para asistencia del programa de agua, necesita tener una foto ID**

- **Texas DL o foto ID** (Todos los miembros del hogar que tienen 18 años o más – puede ser vencida hasta 2 años)
- Identificación de empleado del gobierno (ciudad, condado, estado o federal)
- Identificación de militar o Identificación de dependiente de militar

(Por favor de llamar la oficina si no tienes ninguno de los documentos de arriba, otras formas pueden ser aceptable)

****Si los documentos requeridos no son verificado o legible por CVCAA tendrán que proveer más información****

COPIA DE PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS ganado en los últimos 30 días para todos los miembros del hogar 18 años o más, como: Talones de cheque, Año corriente cartas de premiación (SS, SSI, SSDI), Pensión, TANF, Beneficios de veteranos, prestaciones del desempleado, Reembolso de servicios públicos (HUD utility check) etc....

COPIA CORRIENTE DE MANUTENCION de los hijos - si no es recibido por el Attorney General, necesitaremos una carta del beneficiario o una Declaración de Ingresos (visite nuestro sitio web cvcaa.org o solicita una copia de la oficina)

SI NO HAN OBTENIDO/RECIBIDO INGRESOS los miembros del hogar de 18 años o más deben completar una Declaración de Ingresos/Sin Ingresos. (Visite nuestro sitio web o solicite una copia.)

No podemos aceptar los siguientes: Estados de cuenta bancarios, Formularios de Impuestos W2 como prueba de ingresos

COPIA ACTUAL de la cuenta de Electricidad, Gas o Propano, y si aplicable la factura del AGUA (de la ciudad de San Angelo- COSA) (de frente y detrás) ****Cobros extras, depósitos y otros cargos necesitan ser pagados por el cliente**

Continué pagando cualquiera factura pendiente hasta que reciba una carta de CVCAA informando que ya estás en el programa. Entiendo que el proceso de aplicación puede tomar hasta 60 días. Aplicaciones serán procesadas en el orden recibidas y por prioridad.

Aplicaciones y todos los documentos pueden ser devueltos en persona, por correo postal, o electrónico (mail@cvcaa.org) o por fax.

Falta de los documentos requeridos o aplicaciones incompletas causara un retraso del procesamiento o negación

****Aplicación no es garantía de servicios, deben de calificar para los programas y sujeto a fondos disponibles****

Concho Valley Community Action Agency

Aplicación para Servicios

Programa de 2021

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ÁMBITOS

Favor de usar la tinta negra o azul

Nombre del cliente o soporte principal de casa:

Dirección de residencia

Ciudad

Condado

Código Postal

Dirección postal si es diferente

Dirección de correo electrónico

Teléfono #

Teléfono secundario#

Como te enteraste de nosotros:

*Asistencia sujeta a fondos disponibles del programa

Marcar los programas que quiere aplicar:

1. CIUDAD DE SAN ANGELO PROGRAMA DE AGUA (COSA) 2. ASISTENCIA DE UTILIDAD 3. CLIMATIZACIÓN

Escoja opción A o B, si no escoja una opción, opción A sería escogida



A) **Asistencia de Bajo Ingresos:** Uno vez por año calendario (no depósitos o tap fees)

O

B) **Asistencia para Ancianos:** 65 años o más, contrato por 2 años, ahorros hasta \$43.00 por año calendario

*****No puede ser inscrito en los dos programas del agua; factura del agua tiene que estar en el nombre del cliente*****

● **RECIBE** su familia los siguiente beneficios de ingresos: (marcar todo lo que corresponde)

 Jubilación de la seguridad social

 TANF

 Asistencia Veterano-

 SSI &/o SSDI

 Seguro de discapacidad privado

Compensación por Discapacidad Conectada

 Pensión

 Seguro de Desempleo

 Asistencia Veterano -

 Manutención de los hijos

 Earned Income Tax Credit

Sin Conexión por Discapacidad

 Pensión Alimenticio o Ayuda Conyugal

 Compensación de Los Trabajadores

relacionado con el servicio

● **Hay alguien en la casa que sea Veterano, Cónyuge sobreviviente o dependiente de Veterano:** Sí No

Si sí, cual es el nombre de la persona del hogar e indicar la categoría.

Nombre: _____ Veterano Cónyuge sobreviviente Dependiente

● **RECIBE** su familia alguno de los siguientes beneficios no monetarios: (marcar todo lo que corresponde)

 SNAP (estampillas de alimentos)

 Vivienda de apoyo permanente

 HUD-VASH

 WIC

 Vale de elección de vivienda

 Affordable Care Act Subsidy

 Vivienda pública o subsidiada

 Cupón de cuidado de niños

● **Cuales miembros de su hogar reciben estos beneficios:**

 TODOS EN EL HOGAR Si no todos, quien no recibe: _____

● **Esta residencia alguna vez ha recibido servicios del programa de climatización?** Sí No Cuando? _____

● **Eres DUEÑO o RENTERO de la residencia?** Dueño Rentero ● **En que año fue su casa construida?** _____

● **Tipo de vivienda:** Casa Privada Casa Móvil Apartamento Duplex Townhome

Singular o Doble-circule uno

● **Hipoteca o Renta Mensual:** \$ _____ **Las utilidades están incluidas en la renta?** Sí No

● **Tipo de Aire Acondicionado:** Unidad de ventana Unidad central Enfriador evaporativo Ninguno

● **Tipo de Calentador:** Calentador de gas-- Cuantos: _____ Unidad central Horno de pared

 Calentador eléctrico -- Cuantos: _____ Estufa – Gas o Madera Otro _____

Compañía Eléctrica: _____ # de Cuenta _____ Calefacción Enfriamiento Otro

Compañía de Gas Natural: _____ # de Cuenta _____ Calefacción Enfriamiento Otro

Compañía de Propano: _____ # de Cuenta _____ Calefacción Enfriamiento Otro

Tamaño del tanque: _____

Agua: *Ciudad de San Angelo (COSA)* si es otra, nombre de la compañía _____ # de Cuenta _____

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ÁMBITOS

	1. Nombre y Apellido	2. Nombre y Apellido	3. Nombre y Apellido	4. Nombre y Apellido	5. Nombre y Apellido
	Parentesco con Usted YO	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted
	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social
	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O
	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO
	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO
	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO
Seguro de Salud marque todos que aplican	___ Medicaid ___ Medicare ___ State Children's Health Insurance (CHIP) ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ State Children's Health Insurance (CHIP) ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ State Children's Health Insurance (CHIP) ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ State Children's Health Insurance (CHIP) ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ State Children's Health Insurance (CHIP) ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna
Educación	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años
Raza	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Pacific Islander ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Pacific Islander ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Pacific Islander ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Pacific Islander ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Pacific Islander ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)
	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano
Situación Laboral	___ Tiempo Completo CON o SIN BENEFICIOS ___ Medio Tiempo CON o SIN BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo CON o SIN BENEFICIOS ___ Medio Tiempo CON o SIN BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo CON o SIN BENEFICIOS ___ Medio Tiempo CON o SIN BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo CON o SIN BENEFICIOS ___ Medio Tiempo CON o SIN BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo CON o SIN BENEFICIOS ___ Medio Tiempo CON o SIN BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado
Periodo de pago	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual

Important information for former military services members: Women and Men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Coast Guard, Reserves or National Guard, may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov/>.

Lista miembros adicionales en la pagina posterior or separada

ESTA APLICANDO POR EL PROGRAMA DE CLIMITAZACIÓN? ___ SI ___ NO

Si es Sí, favor de contestar las preguntas de abajo. Si NO, continúe en la página 4.

*SOLO RENTEROS -- tienen que proporcionar la "Forma de Permiso del Dueño"
(Vea nuestro sitio web cvcaa.org o solicite una copia de la oficina)

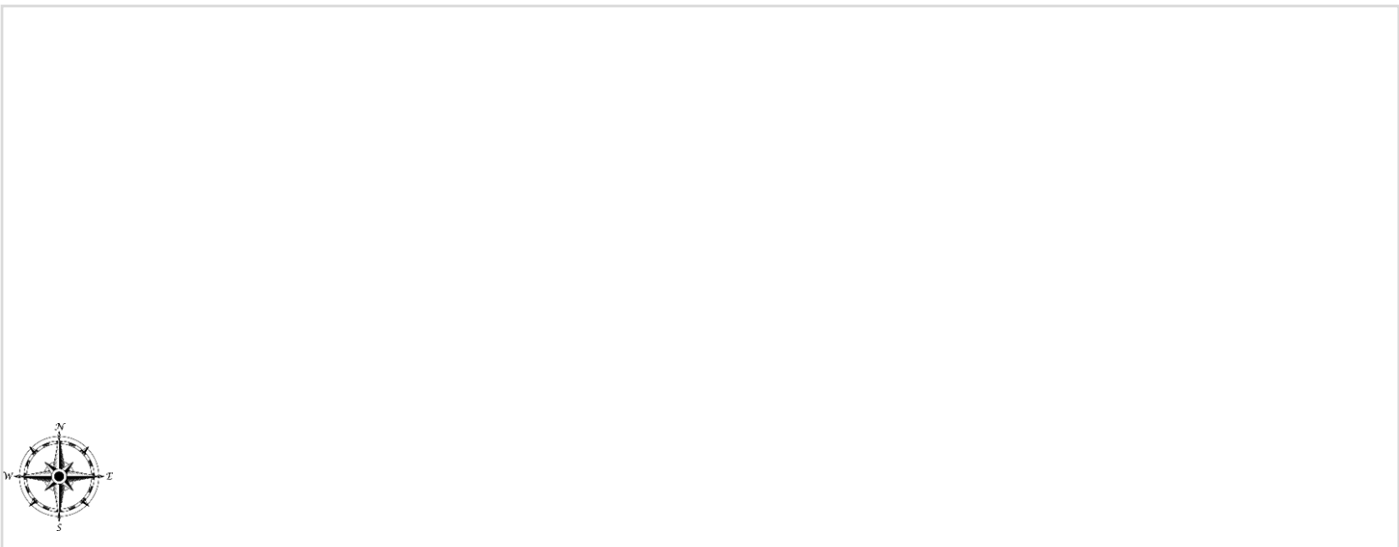
- Se gotea su techo? ___ Sí ___ No
 Si la respuesta es sí, cuanto tiempo ha estado goteando? _____
 Cuántos cuartos están goteando? _____
- Hay agujeros en el piso o en las paredes? ___ Sí ___ No ___ Piso ___ Paredes
- Tiene su casa buen cimiento? ___ Sí ___ No
- Hay Gas o Propano en la casa? ___ Sí ___ No
- Las líneas del Gas o Propano es activo? ___ Sí ___ No
 Si no, lista la razón: _____
- Favor de circular todos los electrodomésticos en casa que son de **Gas o Propano**:
 Calentador de agua Estufa Calentador de gas Horno de pared Unidad Central Otro _____

Favor dibuje un mapa abajo que nos muestre dónde se encuentra su casa. Sea lo más específico posible. Proporcione nombres de calles, números de carreteras del condado, puntos de referencia, etc. Es muy importante que tengamos toda la información posible para poder encontrar su casa.

Color de la casa: _____

Por favor indique el nombre de la calle transversal más cerca: _____

Por favor proporcione información sobre cualquier punto de referencia que podamos usar para encontrar su hogar: _____



La climatización no incluye ventanas, puertas, pisos, techos, cableado, o plomería.

AUTORIZACION, ENTENDIMIENTO Y ACUERDO DEL APLICANTE

Favor de leer e inicial junto de cada declaración.

____ 1. Autorizó que mis respuestas a todas las preguntas anteriores y a las declaraciones que he hecho son verdades y correctas a mi saber y entender. Quien obtenga o intente obtener servicios para los que no tiene derecho, por medio de declaraciones falsas intencionales, u otros medios fraudulentos, puede ser considerado culpable de un delito penal por sanciones por fraude y una vez que se lo condene puede ser multado o encarcelado.

____ 2. Autorizó al Texas Department of Housing & Community Affairs (TDHCA) y CVCAA y a sus agencias contratadas a contactar a cualquier fuente para solicitar/verificar la información necesaria para una determinación de elegibilidad. Toda información será mantenida en estricta confianza para usar para los programas solamente, sea por: verificación de empleo, consumo de utilidades, etc.

____ 3. Entiendo que la fotocopia de esta publicación es válida como el original y se puede usar para obtener más información o verificar otra información necesaria para servicios.

____ 4. Si califico para asistencia de servicios públicos, entiendo que pueden llevar hasta 60 días de procesar la aplicación. Entiendo que debo pagar mi factura hasta que reciba una carta de CVCAA informando que soy elegible para recibir asistencia de utilidad.

____ 5. Entiendo que es mi responsabilidad de comunicarme con CVCAA dentro de los 5 días posteriores al cambio de mi proveedor de servicios públicos con el nuevo número de cuenta e información del proveedor. Si no, todos los pagos futuros serán suspendidos o cancelados.

____ 6. Si soy elegible para los servicios de Climatización, doy mi permiso para permitir el trabajo en la residencia que figura en este formulario. Entiendo que el hogar necesita ser accesible y sin obstrucciones. *Hogares que se consideré inaccesible por nuestro personal o contratistas serán negadas.*

____ 7. Cooperaré plenamente con el personal estatal y federal para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho. Cooperare completamente con el personal estatal y federal en la revisión del control de calidad, fallo de cooperar resultara en negar/suspensión de todos los programas.

____ 8. Entiendo que puedo ser terminado de una y todos los servicios inmediatamente por las siguientes ofensas, tal como pero no limitado por mí o algún miembro de mi hogar: Lenguaje abusivo, amenazas, actos violentos, confrontación física, acoso sexual, uso de alcohol, etc. Violadores se le pedirá que se vaya del local; policía y/o seguridad será llamada. Ofensas puede ser que sus servicios serán negados por un tiempo determinado por CVCAA.

CVCAA está requerido de obtener prueba de ciudadanos para todos los miembros del hogar. Por Regla de Texas Administrative Code, hogares que incluyen un indocumentado tendrán los ingresos calculados pero no serían contados en el hogar. Hogares con solamente indocumentados no están elegibles para recibir beneficios de Asistencia de Utilidades y/o Climatización. Entiendo que esta aplicación se considera sin tener en cuenta raza, color, religión, credo, origen nacional, sexo, o creencia política.

X _____

Firma del Solicitante

FECHA

Envíe los últimos 30 días de ingresos a partir de la fecha que enumere aquí

*****Si envía la aplicación por correo, favor de incluir el franqueo apropiado, si no la aplicación será regresada*****

Office Use Only:

Application Received Complete/ Incomplete: _____

Notes/Comments: _____

Notice of incomplete Application Sent: _____

Application Processed / Denied: _____



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Solo para el uso de la Oficina	
			Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

X	
----------	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificaron de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE NECESIDADES

Si esta en necesidad de asistencia o si quiere una referencia, favor de marcar junto de la categoría.

NECESIDAD BÁSICA:

Comida _____

Comida en mi casa es: ___Suficiente ___Insuficiente

Usas el almacén de provisiones? _____Sí _____No

Ropa _____

Otro (especificar) _____

INGRESOS/EMPLEO:

Buscar Trabajo _____

Currículum Vitae Formación _____

Seguro Social Beneficios _____

Manutención de los Hijos _____

Estás recibiendo manutención de los hijos? ___Sí ___No

Presupuesto Formación _____

Mi crédito es: _____Bueno _____Deficiente

TRANSPORTACIÓN:

Trabajo _____

Estás buscando trabajo activamente? ___Sí ___No

Medical _____

Otro (especificar) _____

ASISTENCIA DE UTILIDADES:

Agua _____

EDUCACIÓN:

Estás en la escuela actualmente? ___Sí ___No

Está interesado en promover su educación? ___Sí ___No

Clases de GED _____

Clases de Ingles _____

Capacitación vocacional/técnica _____

Otro (especificar) _____

NECESIDAD VARIADA:

Cuidado de Niños _____

Cuidado de Ancianos _____

Legal _____

SALUD:

Atención Médica _____

Vacunas _____

Medicamentos _____

Salud Mental _____

Abuso de Sustancias _____

VIVIENDA:

Refugio Temporal _____

Vivienda de Bajos Ingresos _____

Asistencia de Renta _____

Climatización _____

Reparos (especificar) _____

Calefacción y Enfriamiento:

Ningún en la casa _____

Necesita reparos (aún trabajando) _____

Unidad Central ___ Unidad de Ventana ___ Otro ___

Explicar _____

Necesita reparos (no trabajando) _____

Unidad Central ___ Unidad de Ventana ___ Otro ___

Explicar _____

Que tanto tiempo tiene que no trabaja _____

OTROS NECESIDADES NO LISTADAS (Especificar):

FAVOR DE RESPONDER A LAS SIGUENTES PREGUNTAS:

- 1) Su hogar se ha afectado por la actual crisis económica/financiera por el Covid-19 pandemia? Si No
- 2) Ha perdido el empleo o ha sido despedido de su trabajo por el Covid-19? Si No



Concho Valley Community Action Agency

36 E. Twohig, Ste. B2
San Angelo, TX 76903

www.cvcaa.org

phone - 325-653-2411

fax - 325-658-3147



2021 Client Survey to Evaluate Services

Concho Valley Community Action Agency

City and County where you live: _____

Age (optional): _____

Please provide your feedback to help improve our services and plan future services.

1. Please place an X next to the service(s) received from our agency:

Case Management _____

Food _____

Other Emergency Assistance _____

Referral _____

Rent Assistance _____

Utility Assistance _____

Weatherization _____

Other Services – please explain: _____

2. Rate how satisfied you are with the services you received from our agency by circling the rating which

Rating	No Opinion 0	Poor 1	Fair 2	Good 3	Excellent 4
How did staff treat you?	0	1	2	3	4
Did staff do what they said they would do to assist you?	0	1	2	3	4
Did staff assist you in a timely manner?	0	1	2	3	4
How was your overall service experience?	0	1	2	3	4

3. Are there other types of assistance or services which you are seeking that our agency did not provide?

Yes _____

No _____

If yes, please describe what the assistance or services are in the space below.

4. Do you have any recommendations to improve how we serve you?

Concho Valley Community Action Agency

Helping People, Changing Lives

Thank you for taking time to provide us your feedback.



Concho Valley Community Action Agency

36 E. Twohig, Ste. B2
San Angelo, TX 76903

www.cvcaa.org

phone - 325-653-2411 fax - 325-658-3147



Community Needs Survey for Residents

Concho Valley Community Action Agency would like your input to better serve you.

City and County where you live:					
	Local Official	Client	Volunteer	Board Member	Resident
	Other:				
Ranking needs from 1 to 5, 1 being the highest and 5 being the lowest					
Category	Needs			Select your needs here	Please rank your top needs from 1-5
<i>Employment</i>	Help finding a job with a living wage				
	Help obtaining increased job skills, job training in order to earn better wages				
<i>Education</i>	GED classes				
	English as a Second Language Classes				
	Adult Education or Night School				
	Computer Skills Training				
	Assistance to attend trade or technical school, or college				
	Education programs for children to gain literacy skills and Childcare so that parent can attend school				
<i>Income & Asset Building</i>	Assistance with goals and self-sufficiency				
	Financial Education/Budgeting Classes/Credit Counseling				
	Help with applying for Social Security, SSDI, WIC, TANF, etc.				
<i>Housing</i>	Assistance with safe temporary shelter for homeless persons				
	Affordable Housing				
	Help paying rent or mortgage				
	Help with utility bills				
	Help to make my home more energy efficient				
<i>Health and Social/ Behavioral Development</i>	Nutrition Education/Healthy Eating Education workshops				
	Assistance with major health conditions in your area (i.e.,				
	Mental and Behavioral Health Counseling or Classes				
	Programs and Activities for Seniors				
	Assistance for elderly and disabled and persons with				
	Programs and activities to prevent criminal recidivism for				

<i>Civic Engagement & Community Involvement</i>	Programs, activities, workshops on leadership skills, community involvement		
	Activities and or programs to improve social networks and ability to engage (ex: voter education, citizenship classes, volunteer training, etc.)		
	Community Revitalization (such as neighborhood clean-up projects, crime prevention, recreational areas, etc.)		
<i>Emergency Assistance</i>	Prescription Assistance		
	Health Insurance/Medical Care		
	Food		
	Transportation		
	Help finding resources in the community		
	Child Care Assistance		

Helping People, Changing Lives

Thank you for taking time to provide us your feedback.