



## Concho Valley Community Action Agency

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

[www.cvcaa.org](http://www.cvcaa.org)

phone - 325-653-2411

fax - 325-658-3147



## Solicitud 2022 de Asistencia y Climatización de Servicios Públicos

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE APLICACIONES

Para que podamos procesar su solicitud de manera oportuna y profesional, envíe esta información junto con su aplicación.

Las aplicaciones no se procesarán hasta que se reciban todos los documentos requeridos. Si no puede proporcionar ninguno de los documentos que se enumeran a continuación, comuníquese con nuestra oficina para ver si otros documentos pueden ser aceptables.

Por favor, NO nos envíe documentos originales.

Las aplicaciones y los documentos de respaldo pueden ser devueltos a CVCAA en persona, por correo, por fax, o correo electrónico a [mail@cvcaa.org](mailto:mail@cvcaa.org).

Su aplicación no es una garantía de servicios. Debe calificar para los programas, y los pagos están sujetos a los fondos disponibles. Continúe pagando las facturas pendientes hasta que reciba una carta de confirmación de nuestra parte.

Todas las solicitudes se procesan en orden de una escala de calificación de prioridad.

### Documentos de soporte requeridos (verifique todos los que son aplicables y proporcione documentos)

#### IDENTIFICACIÓN

- Copia de la identificación con foto para todos los miembros del hogar de 18 años o más
- Copia del certificado de nacimiento para todos los miembros del hogar
- Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Residente Extranjero (*frontal y posterior*)

#### DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS

Requerimos documentación de ingresos para cada miembro del hogar de 18 años o más.

- Empleado: proporcione talones de pago durante los 30 días anteriores a la fecha de firma de la solicitud
- Carta de Beneficios de Desempleo para el año en curso
- Seguro Social, Discapacidad, etc. Cartas de premio para el año en curso
- Manutención de los hijos – copia corriente del año en curso
- Declaración de Ingresos/Sin Ingresos (si no está recibiendo ingresos)

#### CUENTAS DE SERVICIOS PÚBLICOS

Proporcione una copia de su factura, incluidos los números de cuenta de todos los pagos de servicios públicos que está pagando actualmente.

- Eléctrico
- Gas
- Agua
- Propano

## AVISO IMPORTANTE

La entrega de su solicitud no garantiza el pago de sus facturas. Espere hasta 60 días para que su solicitud sea procesada. Se le notificará por correo que su solicitud ha sido procesada con los pagos esperados. Todos los pagos están sujetos a calificación y fondos disponibles. Usted es responsable de cualquier factura pendiente hasta que reciba una carta de confirmación de CVCAA que indique que está en el programa.

La agencia de Concho Valley Community Action Agency (CVCAA) tiene el honor de servir a los miembros de nuestra comunidad y respetamos los derechos de nuestros vecinos y amigos de la comunidad. Se establece el siguiente procedimiento para garantizar que todas las quejas se manejen con urgencia y confidencialidad siguiendo las pautas del programa establecidas por el Estado de Texas. Si se recibe una queja, se tomarán las siguientes medidas.

Muchas veces, un problema es el resultado de un simple malentendido y se puede resolver con una llamada telefónica o un correo electrónico. Nuestras recepcionistas, administradores de casos y personal de admisión están disponibles para hablar con los clientes durante nuestro horario de trabajo para resolver los problemas que puedan surgir. Se alienta a nuestros clientes a comunicarse con su administrador de casos con cualquier pregunta o queja. Si un cliente no conoce a su administrador de casos, puede comunicarse a nuestra oficina al 325.653.2411.

Si el asunto no se resuelve después de un contacto inicial, nuestro cliente debe solicitar hablar con el Subdirector de Programas Comunitarios o supervisor equivalente. El Subdirector trabajará rápidamente para notificar al cliente de una resolución dentro de 48 horas. Si el Sub-director no está disponible o no puede resolver el problema, el Director del Programa Comunitario evaluará la queja y notificará al cliente.

Si nuestro cliente siente que el problema aún no se resuelve a su satisfacción, deberá presentar su queja por escrito al Director Ejecutivo. El Director Ejecutivo investigará a fondo el problema como parte neutral y responderá al cliente por escrito dentro de 10 días hábiles. La decisión del Director Ejecutivo se considera definitiva.

Las quejas por escrito se pueden enviar a:  
Concho Valley Community Action Agency  
36 E. Twohig, St.B  
San Angelo, TX 76903

O enviado por correo electrónico a:  
[mail@cvcaa.org](mailto:mail@cvcaa.org)

CONCHO VALLEY COMMUNITY ACTION AGENCY  
APLICACIÓN PARA SERVICIOS - 2022  
\*Asistencia sujeto a fondos disponibles del programa\*

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

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

@ .com  
Dirección de correo electrónica (Su correo electrónico nunca será vendido, solamente para informarle de sus beneficios)

Teléfono# Teléfono alternativo # Como te enteraste de nuestros servicios?

¿Recibe su familia algunos de los siguientes Ingresos de estos beneficios? Marcar todo lo que corresponde

- Jubilación de seguro social TANF Pensión Alimentico o Ayuda Conyugal
SSI &o SSDI HUD cheque de Utilidades Compensación de Los Trabajadores
Pensión Seguro de Desempleo Seguro de discapacidad privado
Manutención de los hijos Crédito por Ingresos de Impuestos
Asistencia Veterano- Asistencia Veterano-
Compensación por Discapacidad Conectada Sin conexión por Discapacidad

¿Recibe su familia algunos 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 Subsidio del cuidado de la Salud
Vivienda pública o subsidiada Cupón de cuidado de niños

¿Cuáles miembros de su hogar reciben estos beneficios?

☐ TODOS en el hogar Si no todos, quien no recibe: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_ ☐ Veterano ☐ Cónyuge sobreviviente ☐ Dependiente

¿Esta residencia alguna vez ha recibido servicios del programa de climatización?  Sí  No Cuando? \_\_\_\_\_

¿Eres dueño o rentero de la residencia?  Dueño  Rentero En qué año fue su casa construida? \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda:  Casa Privada  Apartamento  Dúplex  Townhome

Casa Modular (Prefabricada)  Casa Móvil Singular  Casa Móvil Doble

Hipoteca o Renta Mensual: \$ \_\_\_\_\_

Las utilidades están incluidas en la renta?  Sí  No

### INFORMACION DE UTILIDADES

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: \_\_\_\_\_

Compañía del agua: \_\_\_\_\_ # de Cuenta \_\_\_\_\_

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 de Gas  Estufa de Madera  
 Otro

## FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

	1. Nombre y Apellido	2. Nombre y Apellido	3. Nombre y Apellido	4. Nombre y Apellido	5. Nombre y Apellido
	Parentesco con Usted <b>YO</b>	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	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Seguro de salud de Militar <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Basado en Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Seguro de salud de Militar <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Basado en Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Seguro de salud de Militar <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Basado en Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Seguro de salud de Militar <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Basado en Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Seguro de salud de Militar <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Basado en Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna
Educación	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12 <input type="checkbox"/> Graduado del grado 12 <input type="checkbox"/> GED o el mismo <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad mas de 4 años	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12 <input type="checkbox"/> Graduado del grado 12 <input type="checkbox"/> GED o el mismo <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad mas de 4 años	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12 <input type="checkbox"/> Graduado del grado 12 <input type="checkbox"/> GED o el mismo <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad mas de 4 años	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12 <input type="checkbox"/> Graduado del grado 12 <input type="checkbox"/> GED o el mismo <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad mas de 4 años	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12 <input type="checkbox"/> Graduado del grado 12 <input type="checkbox"/> GED o el mismo <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad mas de 4 años
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-Razas (2 or mas)	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-Razas (2 or mas)	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-Razas (2 or mas)	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-Razas (2 or mas)	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Trabajador migratorio estacional o agricola <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o mas) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Trabajador migratorio estacional o agricola <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o mas) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Trabajador migratorio estacional o agricola <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o mas) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Trabajador migratorio estacional o agricola <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o mas) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS <input type="checkbox"/> Trabajador migratorio estacional o agricola <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (6 meses o mas) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Retirado
Periodo de pago	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ <input type="checkbox"/> 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\*

# CLIMATIZACIÓN - 2022

Si soy elegible para el programa de utilidades, mi aplicación sera automatica referida al programa de climitazion, si es aplicable

SOLO RENTEROS tienen que proporcionar la "Forma de Permiso del Dueño"

Vea nuestro sitio web [www.cvcaa.org/forms](http://www.cvcaa.org/forms) o solicite una copia en la oficina

Todos los solicitantes tendrán que contestar las siguientes preguntas (excepto los que vivan en apartamento)

¿Se gotea su techo?  Sí  No

Si la respuesta es sí, cuanto tiempo ha estado goteando? \_\_\_\_\_

Cuantos cuartos están goteando? \_\_\_\_\_

¿Hay agujeros en el piso o en las paredes?  Piso  Paredes  No

¿Tiene su casa buen cimiento?  Sí  No

¿Hay Gas o Propano en la casa?  Sí  No

¿Las líneas del Gas o Propano son activas?  Sí  No

Si no, lista la razón: \_\_\_\_\_

Favor de marcar todos los electrodomésticos en casa que son de Gas o Propano:

Calentador de agua

Estufa

Calentador de gas

Horno de pared

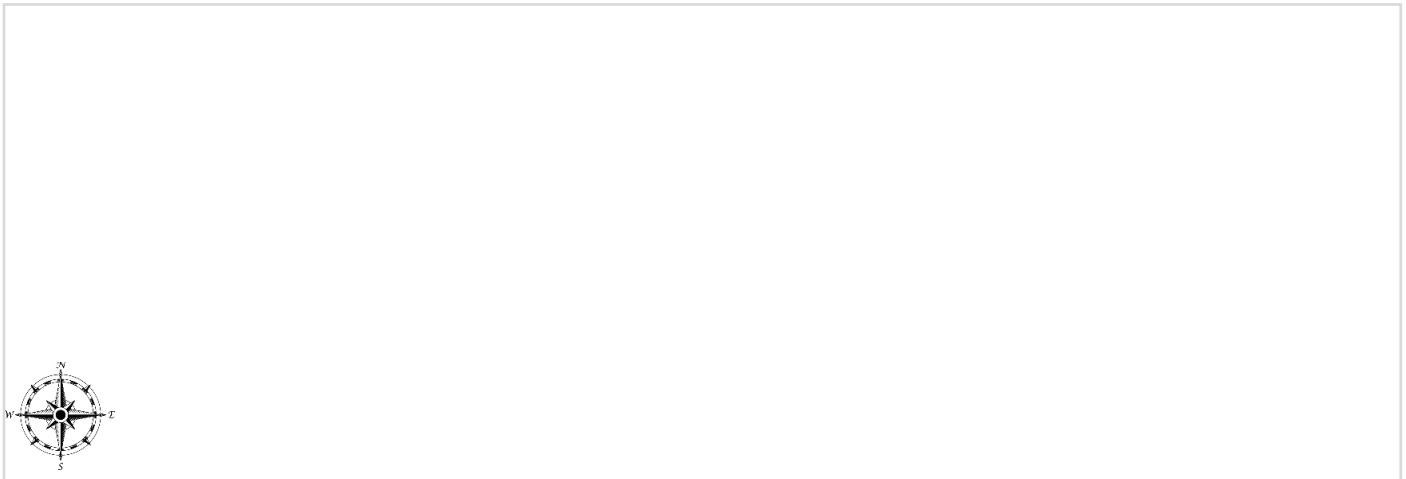
Unidad Central

Otro \_\_\_\_\_

Favor de dibujar un mapa en la parte de 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: \_\_\_\_\_ Favor indique el nombre de la calle que cruza más cerca: \_\_\_\_\_

Favor proporcione información sobre cualquier punto de referencia que podamos usar para encontrar su hogar: \_\_\_\_\_



La Climatización NO incluye ventanas, puertas, pisos, techos, alambrado, o plomería.

# AUTORIZACION, ENTENDIMIENTO Y ACUERDO DEL APLICANTE

Favor de leer y poner sus iniciales en 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 de CVCAA, entiendo que se pueden llevar hasta 60 días en procesar la aplicación. Entiendo que debo pagar mi factura hasta que reciba una carta de CVCAA informándome que soy elegible para recibir asistencia de utilidad.

\_\_\_\_ 5. Entiendo que es mi responsabilidad en 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. Entiendo que, para los servicios de Climatización, doy mi permiso para permitir todo el trabajo en la residencia que figura en este formulario. Entiendo que el hogar necesita ser accesible y sin obstrucciones. *Hogares que se consideren 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 pueden poner fin inmediatamente a uno o todos los servicios por las siguientes ofensas, incluyendo no solo para mí, sino a algún miembro de mi hogar: incumplimiento, lenguaje abusivo, amenazas, actos violentos, confrontación física, acoso sexual, uso de alcohol, etc. A los violadores se le pedirá que se vayan del local; policía y/o seguridad será llamada. Las ofensas pueden negar sus servicios por un tiempo determinado por CVCAA.

CVCAA está requerido en obtener prueba de ciudadanía 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 son elegibles para recibir beneficios de Asistencia de Utilidades y/o Climatización. Todas las aplicaciones serán consideradas sin discriminación de raza, color, religión, credo, origen nacional, sexo, o creencia política.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_ ←  
Fecha

**Envíé TODOS los ingresos del hogar de los últimos 30 días a partir de la fecha que enumeré aquí**

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.**

<b>X</b>	
----------	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificación de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha

**ESTA PAGINA DEBE ESTAR FIRMADA**



# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

La agencia de Concho Valley Community Action Agency se compromete a ayudarlo a satisfacer sus necesidades y conectarlo con otras agencias del área que pueden brindarle a su familia la estabilidad y el respeto que merece. Por favor, responda a las siguientes preguntas para que podamos servirle mejor como nuestro socio y nuestro vecino.

¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes?

## Necesidades básicas:

- Comida
- Ropa
- Artículos para el hogar

## Ingresos:

- Buscar Trabajo
- Curriculum Vitae Formación
- Solicitud de beneficios
- Obtener manutención para los hijos
- Pagar la manutención de los hijos

## Vivienda:

- Refugio Temporal
  - Vivienda de Bajos Ingresos
  - Asistencia de Alquiler/Hipoteca
  - Climatización
  - Reparos del hogar
- Reparaciones necesarias: \_\_\_\_\_

## Salud:

- Asistencia de salud mental
- Asistencia del abuso de sustancias
- Cuidado medico
- Medicamentos

## Educación y experiencia (si tiene entre 18 y 64 años)

¿Cuál es su nivel más alto de educación? \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente en la escuela? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿En qué grado/certificado/licencia estás trabajando? \_\_\_\_\_

¿Eres un recién graduado? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿qué título/certificado/licencia recibió? \_\_\_\_\_

¿Qué certificados o licencias ya tiene? \_\_\_\_\_

¿Estás interesado en volver a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Estás buscando trabajo activamente? \_\_\_\_\_

## Transportación:

¿Tienes vehículo?  Sí  No

¿Si sí, es fiable?  Sí  No

Si no, cuál es su transporte

(ej. Autobús, Uber/Taxi, amigo)? \_\_\_\_\_

## Calefacción y Enfriamiento:

¿Alguno de los siguientes está funcionando, pero en falta de reparo?

Unidad Central  Unidad de ventana  Otro

Explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes que no funcionan?

Unidad Central  Unidad de ventana  Otro

Explicar: \_\_\_\_\_

## ¿En qué otras necesidades podemos ayudarte?

- Cuidado de niños
- Cuidado de Ancianos
- Asistencia Legal
- Presupuesto del dinero
- Reparación de crédito
- Otro: \_\_\_\_\_