



**Información de Ingresos:**

¿Cuál de los siguientes tipos de ingresos y/o beneficios usted o alguien en su hogar a recibido en los últimos 90 días? (seleccione todos los que aplican)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo               | <input type="checkbox"/> Manutención de Menores | <input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad              |
| <input type="checkbox"/> Auto-Empleo          | <input type="checkbox"/> Desempleo              | <input type="checkbox"/> Apoyo Monetario de Familiares/Amigo |
| <input type="checkbox"/> Work First           | <input type="checkbox"/> Seguro Social          | <input type="checkbox"/> Otro (Indique _____)                |
| <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos | <input type="checkbox"/> Pensión o Retiro       |  |

**Información Adicional:**

¿Cuál de los siguientes programas de Servicios Comunitarios le interesaría a usted?

- PROPEL (Un programa con oportunidades de preparación profesional para personas dedicadas)
- Educación Infantil
  - GED (Educación General)
  - ESL (Ingles como Segundo Idioma)
- LIFT: Una Iniciativa de Community Action CARES

¿Cuál de los siguientes servicios usted o alguien en su hogar necesita como apoyo? (seleccione todos los que aplican)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación      | <input type="checkbox"/> Salud/Nutrición                                   |
| <input type="checkbox"/> Empleo         | <input type="checkbox"/> Trabajar con un Presupuesto/Reparación de Crédito |
| <input type="checkbox"/> Cuido de Niños | <input type="checkbox"/> Referencias Comunitarias                          |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Restauración de Autoestima                        |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento    | <input type="checkbox"/> Otro (Indique: _____)                             |

Si está aplicando para el programa de LIFT, por favor explique brevemente cual es la situación de emergencia que usted o su familia esta sufriendo actualmente:

---

---

¿Tiene usted a su niño(s) matriculado en el programa de Head Start o Early Head Start? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a usted a Union County Community Action?

- Personal de UCCA/Miembro de la Junta
- Agencia Comunitaria
- Feria de Recursos Comunitarios
- Página Web/Redes Sociales
- Otro (Indique: \_\_\_\_\_)

Por favor cargue los siguientes documentos ahora o envíe un correo electrónico a [dariann.martinez@uccainc.org](mailto:dariann.martinez@uccainc.org) dentro de los próximos 3 días:

- Verificación de identidad de todos los miembros en el hogar
  - Identificación fotográfica de todos los adultos
  - Certificados de Nacimiento de todos los niños
  - Tarjetas de Seguro Social de todos los adultos y niños
  - Copia de Certificado de Matrimonio si casado y con dos apellidos
- Verificación de Ingresos de todos los miembros en el hogar
  - Últimos recibos de pago de cada trabajo realizado en los últimos 90 días
  - Documentación de los beneficios de Work First (incluido el nombre, la fecha y la cantidad recibida)
  - Documentación de los beneficios de SSI / SSA / VA
  - Documentación de compensación por desempleo
  - Documentación de pagos de Manutención de Menores
  - Documentación de los beneficios de cupones para alimentos (tarjeta EBT o carta de adjudicación)

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor infórmenos a continuación:

---

---

**Al enviar esta solicitud, usted reconoce que ha leído y acepta lo siguiente:**

***Certificación de Información***

Estoy consciente de que esta información está sujeta a revisión y verificación y es posible que deba proveer documentos para respaldarla. Estoy consciente de que se me puede negar la asistencia si se me encuentra no elegible o si no cumplo con los requisitos del programa. Estoy consciente de que puedo ser encausado si he dado información falsa a sabiendas para recibir asistencia. He sido notificado de mi derecho a apelar cualquier denegación de servicio o asistencia para la que pueda ser elegible.

***Certificación y Declaración de Renuncia de Derechos de Privacidad***

Por la presente, doy permiso y autorizo a cualquier empleador, compañía de servicios públicos, compañía de combustible, Administración de Veteranos, Departamento de Servicios Sociales, Administración del Seguro Social y cualquier otra institución pública y/o privada aplicable a que comparta información sobre mi verificación de ingresos pasada y/o presente para determinar mi elegibilidad para los servicios CSBG. Permito la divulgación de la información aquí contenida para fines de verificación. Entiendo que cualquier información personal que proporcione se mantendrá confidencial para proteger mi privacidad.

---

Firma del Apicante

---

Fecha

---

Firma del Personal de Servicios Comunitarios

---

Fecha

***Gracias por completar la aplicación. ¡Le daremos seguimiento pronto!***