

Violencia Doméstica

¿Es usted o alguien de su hogar una víctima actual o del pasado de la Violencia Doméstica? sí no
 ¿Está la persona abusiva en el hogar? sí no
 ¿Desea usted que su caso se trate con mayor nivel de seguridad debido a la violencia doméstica? Esto significa que usted debe de venir a la oficina para cualquier actividad y que no se proveerá ninguna información por teléfono. sí no

Firmas

Usted ha aplicado para la siguiente asistencia: Fecha de Aplicación

| | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Transicional para Familias con Niños Dependientes (TAFDC) | / / |
| <input type="checkbox"/> el Programa de beneficios de cupones de alimentos (Food Stamps) | / / |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia para Ancianos, Incapacitados y Niños (EAEDC) | / / |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia (EA) | / / |

Mediante firma del presente formulario se establece la fecha de su solicitud para Asistencia de Emergencia, Asistencia en Dinero en Efectivo y/o beneficios de cupones de alimentos. Si se niega su solicitud para recibir asistencia en dinero en efectivo, puede presentar una solicitud por separado para otros programas de dinero en efectivo. Si presenta una solicitud tanto para asistencia en dinero en efectivo como para cupones de alimentos pero se determina que no cumple con los requisitos para recibir asistencia de dinero en efectivo, se puede realizar una determinación de cupones alimentos con base en la información disponible.

Certifico el hecho que el ___/___/_____, solicité asistencia.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Testigo (cuando se usa un sigo como firma)

Fecha

Firma del Representante autorizado

Fecha

He conversado con el solicitante sobre las necesidades inmediatas y las normas de los servicios de cupones de alimentos inmediatos.

Firma del Trabajador

Fecha

Signado Solicitud Teléfono

Fecha



Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts

Solicitud para Recibir Asistencia

TAO Nombre, Dirección & # Teléfono

Asegúrese de leer detenidamente el folleto "Su Derecho a Saber" y cualquier documento de información. Solicite recibir toda clase de asistencia hoy y si cumple con los requisitos, sus beneficios se le proporcionarán a partir de la fecha en que presentó su solicitud. Hable con su trabajador si tiene alguna pregunta o necesita más información.

Solicitud

¿Cuál es su razón primaria para aplicando?

¿Tiene usted una razón secundaria para aplicando?

¿Tiene usted una situación especial? (marque los cuadros apropiados)

Incapacitado Oído Deteriorado Necesidad de un Intérprete
 Necesidad de Lenguaje de manos Incapacidad Visual Otro _____

Dept. Use Only

¿Cómo recibió usted esta aplicación? (marque una)
 Llegada sin Excepción del Teléfono Llamada Federal por Teléfono Visitas Hogar Correo

¿Quién está haciendo la solicitud? (marque una)
 Aplicante/Recipiente Agencia Oficial de Emergencia Federal Plan de Subsistencia
 Administración de Seguro Social Otro (explique) _____

Persona evaluada/Beneficiario

¿Cuál es su nombre?

Nombre (apellido, primer nombre, inicial nombre) Sufijo Género

¿Cuál es este nombre su (marque una) Apellido de Nacimiento Apellido de Soltera
 Apellido de Matrimonio Apellido de Matrimonio previo Conocido Nombre Ficticio

¿Tiene usted un nombre alternado? sí no Si es así, complete lo siguiente.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial nombre) Sufijo

Número Seguro Social (SSN) _____

¿Cuál es su fecha de nacimiento / / ¿Tiene usted un número de Seguro Social alternado? sí no

¿Si es así, cuál es? _____

Persona evaluada/Beneficiario(cont)

¿Cuál es su estado civil? *(marque una)* Divorciado Casado Soltero
 Separado Viudo/a

¿Cuál es su origen étnico? *(marque una)* Nativo americano Proveniente de las islas de Asia/Pacifico
 Negro no hispano Hispano Blanco no hispano Alaska-americano

¿Cuál es su idioma preferido? _____

Dirección

¿Cuál es su dirección corriente?

| Nombre | Dirección | # Apartamento | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal |
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|

¿En qué tipo de alojamiento vive usted? *(marque una)*

Pensión comercial Campamento de inmigrantes Vivienda pública Refugio
 Vivienda privada Institución residencial Tipo de alojamiento del/de la padre/madre adolescente
 Alojamiento transitorio Alojamiento provisto por el empleador

¿Es su dirección actual la misma que la dirección permanente? sí no

De no ser así, ¿cuál es su dirección permanente? *(complete lo siguiente)*

| Nombre | Dirección | # Apartamento | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal |
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|

¿Cuál es el tipo de su dirección permanente? *(marque una)*

Pensión comercial Campamento de inmigrantes Vivienda pública Refugio
 Vivienda privada Institución residencial Tipo de alojamiento del/de la padre/madre adolescente
 Alojamiento transitorio Alojamiento provisto por el empleador

¿Es su dirección postal la misma que su dirección de residencia actual o permanente? Si no es ninguna, complete lo siguiente.

| Nombre | Dirección | # Apartamento | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal |
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|

¿Cuál es su número de teléfono? () _____ - _____ ¿Está usted destituido? sí no

Si es así, ¿cuál es la dirección del lugar donde vive ahora?

| Nombre | Dirección | # Apartamento | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal | # Teléfono |
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|------------|
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|------------|

Programas

¿A qué programas está aplicando usted? *(marque todos los que apliquen)*

Ayuda Transicional a Familias con Niños Dependientes (TAFDC) Programadebeneficiosdecupones de alimentos (Food Stamps) (FS)
 Ayuda de Emergencia para Ancianos, Incapacitados y Niños (EAEDC) Asistencia de Emergencia (EA)

Fecha de aplicación / / Fecha de Desastre (si aplicable) / /

¿Tiene usted alguna necesidad inmediata? sí no *(marque todos los que apliquen)*

Arrendamiento/hipoteca/servicios públicos Médicas Alimento

Usted puede calificar para recibir beneficios de cupones de alimentos inmediatos si cumple una de las siguientes normas y reúne las condiciones del programa. Cupones inmediatos significa que se le proporcionarán cupones de alimentos en un plazo de siete días calendario a partir de la fecha en que presente su solicitud o en menos tiempo si el séptimo día es un festivo. Conteste las siguientes preguntas.

¿El total combinado de ingresos brutos y activos líquidos de su unidad familiar es inferior al valor combinado del arrendamiento mensual (o hipoteca) y servicios públicos? sí no

¿El total de ingresos brutos mensuales de su unidad familiar es inferior a \$150 y el total de activos líquidos es de \$100 o menos? sí no

¿Es su unidad familiar una familia de inmigrantes o de trabajadores de estación o del campo y con activos por un valor de \$100 o menos? sí no

Si no entiende ninguna de las preguntas, que se le han hecho, solicite a su trabajador que se las explique. Usted tiene el derecho a tener una reunión con su supervisor si se determina que usted no reúne las condiciones para recibir beneficios inmediatos de cupones de alimentos, decisión con la que usted no está de acuerdo, o si se determina que usted cumple con las condiciones para recibir servicio inmediato pero no recibe los beneficios de cupones de alimentos antes del sexto día calendario a partir del día en que los solicitó.

Persona de Asistencia

¿Existe alguna persona que la esté ayudando con su aplicación, como contacto de emergencia o ayudando con asuntos financieros? sí no

Si es así, ¿qué papel está ofreciendo la persona? *(marque uno)*

Cobrador autorizado Ayudante para la presentación de la solicitud Contacto para casos de emergencia
 Representante autorizado Conservador Cobrador representante

| Nombre (apellido, primer nombre, inicial nombre) | Sufijo |
|--|--------|
|--|--------|

| Número de Seguro Social | Género | Fecha de nacimiento | Relación |
|-------------------------|--------|---------------------|----------|
|-------------------------|--------|---------------------|----------|

| Número | Dirección | # Apartamento | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal | # Teléfono |
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|------------|
|--------|-----------|---------------|---------------|--------|---------------|------------|