

Consejo Comunitario del Sur-Central de Texas, Inc.
Solicitud de Programas de Servicios
PÁGINA DE INFORMACIÓN

Por favor, tenga en cuenta: debido a cambios en el Código Administrativo de Texas (TAC) y recortes de financiación, la cantidad de ayuda que reciba puede ser menor que en años anteriores.

AVISO:

- Si hay más de **5 personas** en la casa, por favor solicite una página adicional para miembros del hogar.
- Las solicitudes no se pondrán en orden de procesamiento hasta que se reciban TODOS los documentos. **¡No podemos procesar solicitudes incompletas!**
- **Sigues siendo responsable de pagar tu factura** hasta que se procese tu solicitud y te notifiquen el resultado.
- Puede tardar hasta 90 días o más en procesar las solicitudes completas, dependiendo de la época del año y del número de solicitudes ya en proceso. Nos pondremos en contacto contigo una vez que tu solicitud haya sido procesada.
- Las solicitudes se aceptan por correo electrónico, fax, correo o entrega (salvo que se indique lo contrario) y se tramitarán según la prioridad y la fecha de recepción. (véase # Aviso #2 arriba)
- Esta solicitud es únicamente para fines de selección y **no garantiza tu elegibilidad para recibir servicios**. Los pagos se realizan en un plazo **de 45 días** desde la fecha del val **y están sujetos a la disponibilidad de fondos**.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS: Solicitud completada y...

- ❖ Tarjetas de la seguridad social para todos los miembros del hogar
- ❖ Prueba de TODOS los ingresos **de los últimos 30 DÍAS** para cada miembro del hogar de 18 años o más (talones de cheque, cartas de concesión de la Administración de la Seguridad Social solo para la Seguridad Social/SSI/SSDI, etc. (incluidos los hijos menores), carta de VA, desempleo, carta TANF, jubilación, pensión, manutención infantil, etc. ¡Todas las cartas de concesión deben estar fechadas para el **año en curso!**)
- ❖ Si algún miembro del hogar **de 18 años o más NO recibe ingresos o no tiene prueba de ingresos** (por ejemplo, autónomo, trabaja por dinero, etc.) debes completar la **Declaración de Ingresos adjunta**.
- ❖ Papeles de ciudadanía: **sin excepciones** (si no los tienes, contacta con tu oficina local para obtener una lista de documentos aceptables)
 - Certificados de nacimiento certificados para todos los miembros del hogar nacidos en EE. UU. (no formulario de huella hospitalaria)
 - Prueba de residencia legal para todos los miembros del hogar que no hayan nacido en EE. UU. (tarjeta de residente permanente, visado, pasaporte extranjero, etc.)
- ❖ Identificación: **sin excepciones** (si no las tiene, contacte con su oficina local para obtener una lista de documentos alternativos)
 - Carné de Derecho de Derecho con Foto para cualquier persona de 16 años o más
- ❖ Un **historial de facturación de 12 meses de cada uno de tus proveedores de energía**, incluso si no recibes

POLÍTICA DE QUEJAS DE CCSCT-CS: Se recomienda a los clientes o socios que deseen presentar una queja sobre el trato al personal, el estado de la solicitud o cualquier otra queja que contacten con Carol Delgado, CCAP, NCRI, Directora del Programa por teléfono al 830-767-2019, o envíen un correo [electrónico a cdelgado@ccsct.org](mailto:cdelgado@ccsct.org). El contacto alternativo para quejas es Belinda Lacey, CCAP, NCRI, Subdirectora del Programa de Informática en el teléfono 830-625-6268 o por correo [electrónico blacey@ccsct.org](mailto:blacey@ccsct.org). Su denuncia será investigada en un plazo de 10 días y el denunciante será notificado de los resultados. Si la queja se refiere a una denegación por ingresos, el cliente será

Échale un vistazo a nosotros en redes sociales





Consejo Comunitario del Sur Central de Texas
Solicitud de Servicios Comunitarios 2026

OFFICE USE ONLY
Date/Time Received Complete
_____/_____
Vulnerable HH? Y ____ N ____
(Elderly 60+/Disabled/Child 5 or younger)

INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA		
Nombre:	Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:	SS #:	Teléfono de contacto #
Dirección residencial:	Apartamento #:	
Ciudad, Código Postal	Condado:	
Dirección postal (si es diferente):	Apartamento #:	
Ciudad, Código Postal	Condado:	
Dirección de correo electrónico: por favor imprimir		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana	Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4+ año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional		
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente	¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años		
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad Relacionada <input type="checkbox"/> No Servicio VA Relacionado Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno		
Jóvenes desconectados: ¿Tienes entre 14 y 24 años y no trabajas ni asistes a la escuela <input type="checkbox"/> ? Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hay alguien en el hogar recibiendo los siguientes beneficios no monetarios? (marca todo lo que corresponde)		
<input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de salud a bajo precio <input type="checkbox"/> Vale de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> WIC (en inglés) <input type="checkbox"/> Ninguno		

"Información importante para antiguos miembros de las fuerzas armadas. Cualquier persona que haya servido en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo el Ejército, la Marina, los Marines, la Guardia Costera, la Reserva o la Guardia Nacional, puede ser elegible para beneficios y servicios adicionales. Para más información, visita el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov> .

CCSCT -2026 - Solicitud de Servicios Comunitarios

Otro miembro del hogar-2		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad Relacionada <input type="checkbox"/> No Servicio VA Relacionado Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Otro miembro del hogar-3		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Non Servicio VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

CCSCT -2026 - Solicitud de Servicios Comunitarios

Otro miembro del hogar-4		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad Relacionada <input type="checkbox"/> No Servicio VA Relacionado Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Otro miembro del hogar-5		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Non Servicio VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor, responde a TODAS las preguntas**Información sobre la vivienda:**

Tipo: Vivienda privada (casa) Apartamento/Dúplex Casa Móvil/RV Otros _____

Información de la Compañía Eléctrica:

¿Las facturas están a nombre de otra persona? **Quién:** _____ **(Debes traer una carta de esta persona, si no es miembro del hogar, indicando que eres responsable de la factura)**

Nombre de la compañía eléctrica: _____ **Acct.#** _____ Heating Cooling ambas

Compañía de gas/propano: _____ **Acct.#** _____ porcentaje de propano _____ %

Tipo de aire acondicionado: Central / Refrigerador evaporativo / Unidad de ventana / Ninguno

Tipo de calefactor: Central / Calefactor portátil / Horno de pared / Hogar/ Cocina / Ninguno

¿Funciona bien tu aire acondicionado o calefacción? Sí No

¿Necesitas reparación del aire acondicionado o de la calefacción? Sí No

Información sobre la meteorización:

¿Alguna vez ha recibido tu casa la climatización? Sí No Fecha: _____ Casa construida _____

¿Te gustaría que te recomendara un programa de climatización? Sí No

(si se cumple el requisito, puede reparar o sustituir calefactores de gas de baja eficiencia energética, aires acondicionados, instalar aislamiento en áticos y/o paredes, reparar puertas, reparar ventanas, reemplazar cristales rotos y masilla alrededor de cristales sueltos en las ventanas, burletas alrededor de puertas y escotillas del desván, tapar agujeros en las paredes por donde entra o sale el aire de la casa, tapar agujeros en suelos y techos, sellar los marcos de ventanas y puertas, envolver tuberías de agua expuestas)

Early Head Start / Head Start:

Si tienes un hijo o niños desde que van desde los 5 años, ¿te gustaría que te recomendaran un programa Head Start? (si está disponible) Sí No

Head Start temprano - nacimiento – 3 años (Apoya a bebés y niños pequeños, y a sus familias, con servicios integrales de desarrollo infantil y apoyo familiar.) o Head Start - de 3 a 5 años (prepara a los niños para la preparación escolar mediante servicios de aprendizaje temprano, salud y bienestar familiar)

Servicios para veteranos:

Si eres veterano, cónyuge superviviente o dependiente, ¿te gustaría una derivación para servicios para veteranos? (si es elegible, puede ayudar con los servicios, el alquiler, la hipoteca, los depósitos, etc.) Sí No

Por favor, responde a TODAS las preguntas

Información sobre conflictos de intereses:

¿Hay alguien en el hogar que esté actualmente sirviendo o esté relacionado con un empleado, consultor de agencia, funcionario o miembro de la junta directiva del CCSCT? Si es así, introduce el nombre de la persona afiliada o del personal del CCSCT y del puesto. **Nombre:** Sí No
Position: _____

Gestión de casos:

¿Estás dispuesto y capaz de conseguir un empleo, inscribirte en formación laboral o involucrarte activamente en el Programa de Gestión de Casos del CCSCT? ¿Te comprometerás a hacer seguimiento de las derivaciones, presentar ingresos mensuales y reunirte con un gestor de casos al menos una vez al mes para completar con éxito el programa de gestión de casos? Sí No

Política de terminación de CCSCT

Entiendo que podría ser despedido por **proporcionar información falsa, mostrar CUALQUIER tipo de conducta amenazante, acoso sexual, abuso verbal (incluyendo palabrotas), robo o violación de la política de armas de fuego del CCSCT.** Entiendo que si me despiden, **puede que no pueda volver a solicitar servicios durante 1-2 años.** Sí No

Divulgación de información a una persona autorizada fuera de mi hogar: Además de la publicación de la información que aparece a continuación, autorizo a CCSCT a proporcionar información sobre el estado de mi solicitud y asistencia a la persona que no reside en mi hogar mencionada a continuación. Esta autorización es válida durante un año salvo que yo, el solicitante, la revoque por escrito.

Nombre impreso de la persona autorizada _____

Relación _____

Número de teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Reconocimiento y Publicación de Información del CCSCT:

Por la presente doy mi permiso para facilitar la información de mi hogar únicamente para fines del programa y entiendo que, de otro modo, se mantendrá en estricta confidencialidad. Entiendo que una fotocopia o fax de este comunicado es tan válido como el original. Además, también doy permiso a CCSCT para compartir con, preguntar, hacer promesas y recibir la información de mi hogar de otras agencias, proveedores de servicios públicos y empleadores según sea necesario. **Además, el CCSCT puede revelar información a cualquier persona de 18 años o más** que residiera en mi hogar en el momento en que esta solicitud fue firmada y fechada por el solicitante

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con toda la solicitud de CCSCT: *certifico que la información de esta solicitud es correcta, y también entiendo que recibir asistencia mediante tergiversación o fraude es un delito federal castigado con multa o prisión.*

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del personal _____ Fecha _____

CCSCT -2026 - Solicitud de Servicios Comunitarios

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Beneficios (SAVE) y Formulario de Certificación de Ciudadanía/ Nacionalidad Estadounidense para WAP y CEAP

El programa al que está solicitando requiere verificación de que usted es ciudadano estadounidense, nacional no ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Se requiere documentación de su estatus. Esta agencia utiliza el Sistema SAVE para verificar el estatus de los no ciudadanos.

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

Nombre de miembro del hogar	Ciudadano estadounidense (nacido o naturalizado) o ciudadano	Extranjero cualificado	SOLO USO DE OFICINA	
			Documentation provided for: Citizenship Documents	Citizenship Documents
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO SER PROCESADO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA.

Firma del Solicitan

Fecha

Firma del personal de la agencia que certifica los documentos anteriores

Nombre impreso del personal

Fecha

DECLARACIÓN DE INGRESOS
(DECLARACION DE INGRESOS)

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Apellido del solicitante	Sufijo (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, **18 years and older, who have no income, or no documentation of the income received in the 30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Nombre	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Nombre	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Nombre	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Nombre	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible; y que podría ser procesado por proporcionar información falsa o fraudulenta. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

Instrucciones para la encuesta de satisfacción del cliente

Necesitamos su opinión para mejorar el servicio y planificar el futuro. **Marque las casillas para indicar qué servicios recibió.**

- Asistencia con servicios públicos
 Aislamiento térmico de viviendas
 Programa WIC
 Servicios educativos
 Servicios de Empleo
 Asistencia para el alquiler
 Gestión de casos
 Derivación
 Asistencia de emergencia
 Otros: _____

Indique el condado donde recibe los servicios: _____

	Fuertemente Discrepar	Discrepar	Tampoco De acuerdo o Discrepar	Convenir	Fuertemente Convenir
1. Cuando entré en el edificio, me recibieron y me sentí bienvenido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. Las instalaciones estaban limpias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me asistieron de manera oportuna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me trataron con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mis necesidades estaban cubiertas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me informaron sobre otros programas de CCSCT o servicios comunitarios que podrían beneficiarme.	<input type="checkbox"/>				
7. Encontré útil(es) el/los servicio del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8. Quedé satisfecho con mi experiencia general y los servicios que recibí.					
9. Es probable que vuelva a usar el/los servicio del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Recomendaría el CCSCT a familiares y amigos.				<input type="checkbox"/>	

Estaría dispuesto a participar en un grupo de discusión para ayudar a CCSCT a seguir mejorando. (Incluye nombre y número de teléfono a continuación)

Nombre: _____ T e l é f o n o : _____

Comentarios/¿Cómo podemos servirle mejor? (Si no estuvo satisfecho, por favor díganos por qué).