

TENGA EN CUENTA: Solicitudes incompletas no serán procesadas!
SI HAY MAS DE 3 PERSONAS EN TU CASA SOLICITE PÁGINAS ADICIONALES

- Las solicitudes se aceptarán por correo electrónico, fax, correo o entrega y se procesarán de acuerdo con la prioridad y la fecha de recepción.
- **Por favor, espere hasta 90 días para el procesamiento las solicitudes completas y algunos casos pueden demorar más dependiendo de la época del año y la cantidad de solicitudes que ya están en proceso.**
- Usted sigue siendo responsable de pagar su factura hasta que su solicitud sea procesada y se le notifique.
- Esta solicitud es sólo para fines de selección y no garantiza su elegibilidad para recibir servicios. Los pagos se realizan a las empresas de servicios públicos en un plazo de 45 días a partir de la fecha del bono y están sujetos a disponibilidad de fondos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TODOS LOS PROGRAMAS:

- Solicitud completa incluyendo todos los documentos requeridos.
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar
- Comprobante de TODOS los ingresos DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS de cada miembro del hogar mayor de 18 años que trabaje o reciba asistencia. (Talones de cheques, Seguro Social/SSI, cartas de adjudicación incluidos los niños menores que reciben cualquier tipo de beneficio de SS incluidos) Las cartas deben ser de la Administración del Seguro Social y deben hacer referencia o estar fechadas para el año en curso, carta VA, desempleo, carta TANF, jubilación, pensión, pensión alimenticia, etc.
- Si algún miembro del hogar mayor de 18 años NO está recibiendo ningún ingreso, debe completar la Declaración de Ingresos adjunta.

ASISTENCIA CON ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA, SE REQUIEREN TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS MAS TODOS LOS SIGUIENTES

- Prueba de ciudadanía e identidad de TODOS los miembros del hogar. ¡SIN EXCEPCIONES! (Si no tiene los formularios que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina local para obtener una lista de otros formularios aceptables).
 - ✓ Formularios de ciudadanía: copia certificada o certificado de nacimiento, pasaporte, certificado de naturalización o inscripción tribal de EE. UU. con foto
 - ✓ Identidad: licencia de conducir o identificación emitida por el estado, tarjeta militar, tarjeta de delincuente estatal, identificación escolar actual (también se pueden aceptar vacunas o registros escolares para menores)
- Un historial de facturación de 12 meses de cada uno de sus proveedores de energía, incluso si no está recibiendo asistencia con todos ellos. (ELÉCTRICO, AGUA, GAS NATURAL Y/O PROPANO) NOTA: si tiene menos de 12 meses en su hogar, proporcione el historial de la mayor cantidad de meses posible.
- Sus facturas actuales y vencidas de electricidad y un aviso de desconexión, si corresponde.
- Su factura actual y/o vencida de agua/aguas residuales y aviso de desconexión si tiene montos vencidos con los que necesita ayuda.

POLÍTICA DE QUEJAS CCSCT-CS

Se recomienda a los clientes o socios que deseen presentar una queja sobre el tratamiento del personal, el estado de la solicitud o cualquier otra queja que se comuniquen con: Carol Delgado, CCAP, NCRI, directora del programa por teléfono al 830-767-2019, o envíe un correo electrónico a cdelgado@ccsct.org. El contacto alternativo para las quejas es Belinda Lacey, CCAP, NCRI, Gerente de Cumplimiento en el número de teléfono 830-625-6268 o envíe un correo electrónico a blacey@ccsct.org. Carol Delgado o Belinda Lacey llevarán a cabo una investigación dentro de los 10 días y harán un seguimiento con la persona que presente la queja una vez que se complete la investigación. Si la queja se refiere a una denegación debido a los ingresos, se le recordará al cliente el proceso de apelación como se describe en el formulario de denegación de apelaciones.

Visítenos en las redes sociales





**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

OFFICE USE ONLY!
Date/Time Received ____/____/____
Priority Elderly / Disabled / Child 5 or younger

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA					
Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		De SS#:		Contacto / Teléfono Celular:	
Teléfono de Casa:		Teléfono del Trabajo:		Tipo de vivienda: (círculo) Alquile o Propia	
Dirección Física:				Apt.#:	
Ciudad, Estado, Código Postal				Condado:	
Dirección de Correo (si es diferente):				Apt.#:	
Ciudad, Estado, Código Postal					
Dirección de Correo Electrónico:					
Género	Educación		Raza		Etnia
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad		<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico		<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Trabajo Temporada					
<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno					
Situación labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestación por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica			<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica					

“Información importante para ex militares. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluido el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov> .”

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la solicitud CCSCT completa:
 Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y también comprendo que recibir asistencia mediante tergiversación o fraude se castiga con multa o encarcelamiento.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Staff Signature _____ Date _____

Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios

Complete las siguientes páginas para todos los demás miembros del hogar. DEBE responder TODAS las preguntas.
 Si hay mas de 7 personas en tu casa solicite páginas adicionales.

Otras Miembros Del Hogar

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situacion labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica
Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situacion labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Otras Miembros Del Hogar

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:		
Fecha de nacimiento:			De SS #:			
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	
Situación labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?		
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno		
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar	
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica
Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:		
Fecha de nacimiento:			De SS #:			
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	
Situación labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?		
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno		
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar	
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Otras Miembros Del Hogar

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situación labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica
Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situación labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Información de vivienda:			
Tipo	Casa privada ____	Mobile Home ____	Apartamento/Dúplex ____ Otro _____ # _____
Subvencional/Vivienda Pública?	Sí / No	Propia: ____ Sí ____ No	Hipoteca Mensual \$ _____
Renta:	____ Sí ____ No	Pago Mensual \$ _____	Utilidades Incluidas en Alquiler? Sí / No
Previa Asistencia con Climatización?	Sí / No	Fecha Acompletada?	Fecha de Construcción de la casa:
Información de utilidades:			
¿Su factura de luz o agua tiene un nombre diferente? Quién: _____ (Usted debe traer una carta de esta persona, si esta persona no es miembro del hogar, indicando que usted es responsable de la cuenta)			
Compañía Eléctrica:	Cuenta # _____	Calefacción ____	Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de agua:	Cuenta # _____	Calefacción ____	Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de Gas:	Cuenta # _____	Calefacción ____	Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de propano:	Cuenta # _____	Calefacción ____	Refrigeración ____ Ambos ____
Tipo de A/C:	<input type="checkbox"/> Central / <input type="checkbox"/> Enfriador Evaporativo / <input type="checkbox"/> Unidad de Ventana / <input type="checkbox"/> Ninguno		
Tipo de Calefacción:	<input type="checkbox"/> Central / <input type="checkbox"/> Calentador de Espacio / <input type="checkbox"/> Horno de Pared / <input type="checkbox"/> Chimenea / <input type="checkbox"/> Estufa / <input type="checkbox"/> None		
Funciona correctamente su A/C or calentador? Si No		Necesita reparación de A/C o calentador Si No	
Información de Prioridad:			
1. ¿Alguna vez recibió servicios de Community Council of South Central Texas, Inc.			Sí / No
2. ¿Es alguna persona que vive en su hogar mayor de 14-24 que no va ala escuela o trabaja? Quién?			Sí / No
Información de Conflicto de Interés:			
¿Alguien en el hogar trabaja actualmente o tiene una relación con un empleado, agencia, consultor, funcionario o miembro de la junta de CCSCT para divulgar información y comprender que se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará ÚNICAMENTE para el propósito del programa? ¿Miembro de la Junta? Si es así, ¿quién y su título? _____			Sí / No
Coordinación de Casos			
¿Está dispuesto y puede obtener un trabajo, inscribirse en una capacitación laboral o participar en formas de aumentar S / N sus ingresos al participar activamente en el Programa de administración de casos de CCSCT? ¿Está dispuesto a comprometerse a realizar un seguimiento de las referencias, presentar los ingresos mensuales y reunirse con un administrador de casos al menos una vez al mes para completar con éxito el programa de administración de casos?			Sí / No
Reconocimiento y divulgación de información:			
Por la presente doy mi permiso para divulgar cualquier información y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad. Entiendo que una fotocopia o fax de este comunicado es tan válido como el original. También doy permiso a CCSCT, Programa de Servicios Comunitarios, para compartir, preguntar, hacer promesas y recibir toda la Información de otras agencias, proveedores de servicios públicos y empleadores, según sea necesario. Entiendo que puedo ser despedido por proporcionar información falsa, comportamiento amenazante, acoso sexual, abuso verbal, robo o violación de la política de armas de fuego de la CCSCT. Entiendo que si se cancela, no podré volver a presentar una solicitud durante 1-2 años.			
Solicitante para poner sus iniciales aquí: _____			
PARA USO DE LA OFICINA: Si existe un COI, esta aplicación requiere la aprobación del Director Ejecutivo y debe ser revisada por el director del programa y un par de empleados.			

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

**TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System and US Citizenship/US National
Applicant Certification Form for WAP and CEAP**

El programa para el que está aplicando requiere la verificación si usted es un ciudadano de EU, un nacional no ciudadano, o un residente legal de los Estados Unidos. Se requiere la documentación de su estado. Esta agencia utiliza el Sistema Sistemático de Verificación de Derechos para Extranjeros (SAVE) para verificar el estado de los no ciudadanos.

Miembros del hogar	Ciudadano de los EU (Nacido o naturalizado) o Nacional de los EU		Extranjero Calificado		USO DE OFICINA SOLAMENTE Documentation Provided for: Status Identification	
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		
	Sí	No	Sí	No		

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

TENGO EN CUENTA QUE SOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACION FALSA.

Solicitante Firme Aqui

Fecha:

Firma del personal de la agencia que certifica los Nombre del Personal Fecha

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

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

State the gross income for household members, 18 years and older, who have 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)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (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.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(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)

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Cliente/Encuesta de Satisfacción del Cliente

Instrucciones: Necesitamos su colaboración para ayudar a mejorar nuestros servicios y planear para el futuro.

Marque la casilla para indicar qué servicio (s) recibió:

- Asistencia con Utilidades
 Climatización
 WIC
 Servicios de Educación
 Servicios de Empleo
 Asistencia con Renta
 Atención Individualizada
 Referencias
 Asistencia de Emergencia
 Otro _____

Indique el condado donde recibe los servicios: _____

	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo o Desacuerd o	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Cuando entré en el edificio, me saludaron y me sentí bienvenido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Las instalaciones estaban limpias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fui asistido de manera oportuna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me trataron con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mis necesidades fueron satisfechas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se me informo acerca de otros programas de CCSCT o servicios comunitarios que me podrían beneficiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. He encontrado el programa de servicio(s) útil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estoy satisfecho con mi experiencia en general y los servicios que recibí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Es probable que vuelva a utilizar los servicios del programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recomendaría CCSCT a familiares/amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Nombre: _____ Teléfono: _____

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