

Nombre del Trabajador		Telefono del Trabajador		Identificacion del Trabajado	
Distrito	Fecha	Tipo de Asistencia GA I.C.W.A. OTHER C.A.P.I. SO		Numero de Caso	
Apellido Legal		Estado Civil Casada/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o ☐ Soltera/o Viuda/o ☐			
Primer y Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Numero de Seguro Social	
Hombre					
Mujer		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Numero de Seguro Social	
Nombre de Sotera		Numero de Telefono			
Domicilio		Ciudad			
Domicilio para correo si es diferente		Numero de Telefono			
Dependiente menor en el Hogar	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	SS#	Padre/Madre (si diferente)	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Registrar Use/Clearing Information					
Matrimonios Anteriores y/o otros nombres usados					
Nombre	Fecha	Nombre	Fecha		

Si necesita ayuda en
Completando esta forma,
Por favor llame a su
Trabajador(a).



DECLARACIÓN DE VIVIENDA COMPARTIDA

1. Yo vivo en el _____, desde _____, Teléfono _____
Dirección Fecha
2. Nómbrase usted y complete la información requerida en esta sección.

Nombre (Primer nombre y Apellido)	Parentesco con el Aplicante /Recipiente	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos	Esta persona come y/o prepara usted?
Maria Garcia (solamente un ejemplo)	Misma(o)	123-45-6789	12/01/69	SSI/SSP	☒ si ☐ no
					☐ si ☐ no

3. Anote todas las personas que viven en su casa y complete la información requerida en esta sección.

Nombre (Primer nombre y Apellido)	Parentesco con el Aplicante /Recipiente	Esta persona come y/o prepara usted?
		☐ si ☐ no
		☐ si ☐ no
		☐ si ☐ no
		☐ si ☐ no
		☐ si ☐ no

Si necesita más espacio agregue otra hoja

3. RENTA O HIPOTECA

Renta Total \$ _____

Comparte la renta? Si ☐ No ☐ Si comparte la renta cuanto
paga usted \$ _____

Tiene usted Sección 8? Si ☐ No ☐
Si, Si, cuanto paga usted? \$ _____

Hipoteca (pago de casa) \$ _____
Otras Hipotecas (pago de casa)? \$ _____

Impuestos (*no incluidos en el pago de la casa*) \$ _____

Aseguranza (*no incluidos en el pago de la casa*) \$ _____

4. INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

*Servicios públicos están incluidos en la renta? Si ☐ No ☐

Usted paga algún de los siguientes?
☐ Luz/Gas ☐ Otra forma de Calefacción/Refrigeración ☐ Teléfono

Comparte los Servicios Públicos? Si ☐ No ☐
Usted paga la misma cantidad cada mes? Si ☐ No ☐

Si **Si**, cuanto paga? \$ _____

Usted escoge SUA ☐ o LUA ☐ o TUA ☐

Si le han mandado la cuenta para los gastos de calefacción y/o aire acondicionado que no se incluyen en su pago de alquiler o de hipoteca, usted puede ser elegible para la cantidad normal permitida para servicios públicos y municipales (SUA). Si usted no es elegible para SUA, pero tiene por lo menos dos otros gastos de servicios públicos y municipales (po ejemplo, teléfono, agua, alcantarillado o basura) puede que sea elegible para la cantidad limitada permitida para servicios públicos municipales (LUA). Si usted no es elegible para SUA o LUA, pero si tiene gasto del teléfono, usted puede ser elegible para la cantidad permitida para el servicio público y municipal telefónico (TUA). **Pongase en contacto con su trabajador(a) si usted no esta seguro(a) cómo contestar a esto.**

Yo declare que la información contenida en esta forma de Vivienda Compartida es verdadera, correcta y completa.

Firma _____

Fecha _____

Para uso de Agencia

Case Name _____

Case Number _____

Caseload _____

Date Rec'd _____

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?
(Marque Uno)

- ☐ Ya estoy inscrito. Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- ☐ Si. Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- ☐ No. No me quiero inscribir para votar.

NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARA QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.

Nombre del Solicitante

Fecha

Avisos Importantes

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, o ello no afectara la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es solo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar un queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en www.sos.ca.gov.

HISTORIA DE TRABAJO Y ENTRENAMIENTO

ADULTO NO. 1 _____

Ha trabajado, dejado un trabajo, o negado un trabajo o entrenamiento durante los ultimos 30 dias? ☐ Si ☐ No

Si ha contestado si:

Empleador	Ultimo dia de trabajo/entrenamiento Mes. Dia Año	Cantidad del ultimo salario
Horas de trabajo o entrenameitno en los ultimos 30 dias	Razon por salir o negar trabajo	

Esta usted activamente buscando trabajo? ☐ Si ☐ No

Ha recibido usted UIB (Beneficios del Seguro Contra el Desempleo) en los ultimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

Liste su historia de trabajo y entrenamiento de los ultimos 5 años comenzando con el mas reciente.

Nombre de el Empleador	Domiciolio del Empleador	Titulo de Trabajo	Fecha que comenzo Fecha que Termino	Salario por hora	Horas por semana	Razon por la cual dejo el empleo.
1)			De: Hasta:			
2)			De: Hasta:			
3)			De: Hasta:			
4)			De: Hasta:			
5)			De: Hasta:			
6)			De: Hasta:			

HISTORIA DE TRABAJO Y ENTRENAMIENTO

ADULTO NO. 2 _____

Ha trabajado, dejado un trabajo, o negado un trabajo, o entrenamiento durante los ultimos 30 dias? ☐ Si ☐ No

Si ha contestado si:

Empleador	Ultimo dia de trabajo/entrenamiento Mes. Dia Año	Cantidad del ultimo salario
Horas de trabajo o entrenameitno en los ultimos 30 dias	Razon por salir o negar trabajo	

Esta usted activamente buscando trabajo? ☐ Si ☐ No

Ha recibido usted UIB (Beneficios del Seguro Contra el Desempleo) en los ultimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

Liste su historia de trabajo y entrenamiento de los ultimos 5 años comenzando con el mas reciente.

Nombre de el Empleador	Domiciolio del Empleador	Titulo de Trabajo	Fecha que comenzo Fecha que Termino	Salario por hora	Horas por semana	Razon por la cual dejo el empleo.
1)			De: Hasta:			
2)			De: Hasta:			
3)			De: Hasta:			
4)			De: Hasta:			
5)			De: Hasta:			
6)			De: Hasta:			

Declaración De Datos Para Asistencia General

Llene las respuestas a todas las preguntas, escriba con letra de molde usando tinta. Entregue cualquier prueba (por ejemplo, facturas, recibos, talones de cheques, etc.) para verificar sus respuestas.

		County Use Only	
1	Solicitante (Nombre Completo) Cónyuge/Pareja de hecho (Nombre Completo) Dirección del hogar Ciudad/Código Postal Numero de Seguro Fecha de Nacimiento / / Lugar de Nacimiento	Telefono del hogar/Mensaje Telefono del hogar/Mensaje Dirección Postal Ciudad/Código Postal Cónyuge/Pareja de hecho (SS) - - Cónyuge/Pareja de hecho (Fecha de Nacimiento) / / Cónyuge/Pareja de hecho (Lugar de Nacimiento)	Case Name Case Number Technician Date Rec'd Case Comments and Verifications
2	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho puede trabajar? ☐ Sí ☐ No Su Cónyuge/Pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No (Si su respuesta es no, explique) ☐ Nunca Casado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado	☐ B/C ☐ ID ☐ SSN ☐ INS DOC # ☐ KCDHS 111 ISSUED _____ ☐ KCDHS 110 SENT _____ ☐ KCDHS 142 ☐ FR 30 ☐ CW 22	
3	☐ Ciudadano de los EE UU ☐ Bajo Libertad Condicional ☐ Residente Permanente Legal ☐ Patrocinado	☐ INITIAL ☐ RENEWAL	
4	Esta usted o su Cónyuge/Pareja de hecho actualmente bajo el cuidado de un medico? ☐ Sí ☐ No Su Cónyuge/Pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No Nombre de su Doctor/domicilio:	☐ EMPLOYABLE ☐ DISABLED	
5	Esta usted o su Cónyuge/Pareja de hecho solicitando o recibiendo CalFresh? ☐ Sí ☐ No Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es si, donde? _____ Cal-WORKs? ☐ Sí ☐ No	PRIOR SUPPORT	
6	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho ha usado cualquier otro nombre (apellido de soltera, adoptivo, alias, etc.) ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: _____ _____	_____ _____ _____ _____	
7	Usted o su Cónyuge/Pareja viven en el Condado de Kern? ☐ Si, por cuánto tiempo? _____ ☐ No En dónde vivía usted, su conyugue/pareja doméstica antes de mudarse al condado de Kern? ☐ Usted, Condado _____ Cuanto Tiempo? _____ Si vivió en más de dos condados, escriba a continuación qué persona, qué condado y por cuánto tiempo:	☐ 15 DAY RESIDENCY DATE ESTABLISHED _____ ☐ OTRO(S) CONDADO(S) RESPONSABLE(S) DE LOS COSTOS DE GA	
8	Usted o su Cónyuge/Pareja planean quedarse en el Condado de Kern? ☐ Sí ☐ No Si No, explique:	_____	
9	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho es dueño o está comprando una casa o cualquier otra propiedad? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: Domicilio _____	☐ VERIFICATION ON FILE	
10	Se le an parado su Asistencia General o CalWORK's debido a una sanción, falta de cooperación o cualquier otra razón a Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación:	☐ VERIFIED SANCTION ENDS	
11	Esta un miembro en el hogar evitando o huyendo de la ley para evitar un enjuiciamiento, custodia o encarcelamiento después de la condena de un delito mayor, o en violación de libertad condicional? ☐ Si ☐ No Si contesto "si" quién?:		

12	Vive usted en alguna de las siguientes: ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: ☐ Centro de refugio ☐ Hospital o asilo de ancianos ☐ Viviendas de protección oficial ☐ Casa de huéspedes y comida ☐ Centro de rehabilitación para drogas o alcohol ☐ Grupo de arreglo de vivienda ☐ Sin hogar	Case Comments and Verifications GA ELIGIBLE SANCTION ENDS ☐ YES ☐ NO																																																
	Nombre de la institución Fecha de entrada Nombre de programa																																																	
13	Cuál es el grado mayor que usted, su conyugue/pareja de hecho completó en la escuela? _____ GED ☐ Sí ☐ No Título: ☐ Si Tipo: _____ ☐ No Su Cónyuge/Pareja de hecho? _____ GED ☐ Sí ☐ No Título: ☐ Si Tipo: _____ ☐ No																																																	
14	Alguien está inscrito en cualquiera de los siguientes?: ☐ Si, en caso afirmativo, indique a continuación: ☐ No ☐ Programa de entrenamiento ☐ Programa de rehabilitación vocacional ☐ Escuela ☐ Colegio Nombre de escuela, colegio o programa de entrenamiento	☐ VERIFIED																																																
15	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho ha estado en servicio militar de los EE UU? ☐ Si ☐ No Si contestó "sí", rama de servicio:	☐ CA 5 ON FILE																																																
16	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho están trabajando o esperan trabajar en los próximos 60 días? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique continuación	☐ VERIFICATION ON FILE																																																
	Nombre Nombre de Empleador Ocupación																																																	
	Días/horas por mes Día de pago Salario (en bruto)																																																	
17	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho ha parado o rechazado un trabajo o entrenamiento en los últimos 30 días? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: Nombre del empleador/domicilio/teléfono	☐ GOOD CAUSE ☐ SANCTIONED FROM _____ TO _____ ☐ VOLUNTARY QUIT																																																
	Ultimo día trabajado: Ultimo cheque recibido:																																																	
	Espera cheque (fecha): Motivo de su partida:																																																	
18	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho esta en huelga? ☐ Si ☐ No Fecha que se declare en huelga?																																																	
19	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho han solicitado o están recibiendo dinero de cualquier fuente? Indique Si o No para cada fuente.	APPLICATIN FOR UNCONDITIONALLY AVAILABLE INCOME: ☐ UBI-DATE: ☐ SDI-DATE: ☐ RSDI- DATE: ☐ SSI-DATE: ☐ OTHER																																																
	Beneficios de jubilación para empleados de ferrocarril ☐ Sí ☐ No																																																	
	Asistencia de la Administración de Veteranos (VA) ☐ Sí ☐ No																																																	
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Yes</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th></th> <th style="text-align: center;">Yes</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comprensión por lesiones de trabajo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Beneficios por huelga</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Seguro de discapacidad del estado</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Beneficios de Seguro Social</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Pensiones o pagos de incapacidad</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Becas y prestamos escolares</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Mantenimiento de esposa(o)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Beneficios de entrenamiento</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Segura de Desempleo</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Asignación militar o pensión</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>SSI/SSP</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Otro (explique)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Acuerdos legales y de Seguros</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Yes	No		Yes	No	Comprensión por lesiones de trabajo	☐	☐	Beneficios por huelga	☐	☐	Seguro de discapacidad del estado	☐	☐	Beneficios de Seguro Social	☐	☐	Pensiones o pagos de incapacidad	☐	☐	Becas y prestamos escolares	☐	☐	Mantenimiento de esposa(o)	☐	☐	Beneficios de entrenamiento	☐	☐	Segura de Desempleo	☐	☐	Asignación militar o pensión	☐	☐	SSI/SSP	☐	☐	Otro (explique)	☐	☐	Acuerdos legales y de Seguros	☐	☐				
	Yes	No		Yes	No																																													
Comprensión por lesiones de trabajo	☐	☐	Beneficios por huelga	☐	☐																																													
Seguro de discapacidad del estado	☐	☐	Beneficios de Seguro Social	☐	☐																																													
Pensiones o pagos de incapacidad	☐	☐	Becas y prestamos escolares	☐	☐																																													
Mantenimiento de esposa(o)	☐	☐	Beneficios de entrenamiento	☐	☐																																													
Segura de Desempleo	☐	☐	Asignación militar o pensión	☐	☐																																													
SSI/SSP	☐	☐	Otro (explique)	☐	☐																																													
Acuerdos legales y de Seguros	☐	☐																																																
	En caso afirmativo, indique a continuación: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Quien</th> <th style="width: 15%;">Que</th> <th style="width: 30%;">Cantidad en Bruto</th> <th style="width: 40%;">Fecha Recibida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Quien	Que	Cantidad en Bruto	Fecha Recibida			\$				\$		DATE ☐ SSI APPEAL PENDING ☐ REFFERRAL TO SSI ADVOCATE																																				
Quien	Que	Cantidad en Bruto	Fecha Recibida																																															
		\$																																																
		\$																																																

20	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho tiene un acuerdo pendiente? ☐ Sí ☐ No Tiene abogado? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: Nombre de Abogado/Domicilio: Compañía/persona que está demandando: Campaña de seguro Fecha del accidente/lesion Razon:	CASE COMMENTS AND VERIFICATIONS ☐ WORKERS COMP. ☐ VERIFIED																																																																						
21	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho ha vendido, gastado, cambiado, transferido o dado algo en los últimos tres (3) meses, tal como dinero, vehículos de motor, cuentas bancarias, dinero de acuerdo legal o de accidente, seguros o cualquier otra cosa? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación:	☐ VERIFIED																																																																						
22	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho ha recibido dinero de seguro, acuerdo, extrajudicial, herencia, lotería o cualquier otra cosa en los últimos tres meses? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fuente</th><th>Fecha Recibida</th><th>Cantidad</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td>\$</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>\$</td></tr> </tbody> </table>	Fuente	Fecha Recibida	Cantidad			\$			\$	☐ VERIFIED																																																													
Fuente	Fecha Recibida	Cantidad																																																																						
		\$																																																																						
		\$																																																																						
23	Tiene usted o su Cónyuge/Pareja de hecho acceso a, o espera recibir cualquiera de los siguientes recursos? Marque Si o No para cada fuente. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Si</th><th>No</th><th></th><th>Si</th><th>No</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dinero en efectivo</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Reembolso de impuesto</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Cheques no cobrados</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Fondos fiduciarios</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td>Cuentas de ahorros</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Planes de IRA o KEOGH</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td>Cuentas de cheques</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Fondos de pensiones</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td>Cuentas de la unión de crédito</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Compensación diferida para empleados</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Derechos, de petróleo, minería, o minerales</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Acciones, bonos, etc.</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td>Lotes en el cementerios, fideicomisos</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Seguro de vida</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td>Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Dinero de entrada</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Otro</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> </tbody> </table> En caso afirmativo, indique a continuación: Tipo Dueño Numero de cuenta Nombre de Fuente/domicilio		Si	No		Si	No		Dinero en efectivo	☐	☐	Reembolso de impuesto	☐	☐	☐	Cheques no cobrados	☐	☐	Fondos fiduciarios	☐	☐		Cuentas de ahorros	☐	☐	Planes de IRA o KEOGH	☐	☐		Cuentas de cheques	☐	☐	Fondos de pensiones	☐	☐		Cuentas de la unión de crédito	☐	☐	Compensación diferida para empleados	☐			Derechos, de petróleo, minería, o minerales	☐	☐	Acciones, bonos, etc.	☐	☐		Lotes en el cementerios, fideicomisos	☐	☐	Seguro de vida	☐	☐		Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad	☐	☐	Dinero de entrada	☐	☐					Otro	☐	☐		☐ VERIFIED ☐ BANK BALANCE \$ ☐ OTHER ☐ KCDHS 22 ☐ BEHICLE REGISTRATION ON FILE CLASS CODE _____ VALUE \$ _____
	Si	No		Si	No																																																																			
Dinero en efectivo	☐	☐	Reembolso de impuesto	☐	☐	☐																																																																		
Cheques no cobrados	☐	☐	Fondos fiduciarios	☐	☐																																																																			
Cuentas de ahorros	☐	☐	Planes de IRA o KEOGH	☐	☐																																																																			
Cuentas de cheques	☐	☐	Fondos de pensiones	☐	☐																																																																			
Cuentas de la unión de crédito	☐	☐	Compensación diferida para empleados	☐																																																																				
Derechos, de petróleo, minería, o minerales	☐	☐	Acciones, bonos, etc.	☐	☐																																																																			
Lotes en el cementerios, fideicomisos	☐	☐	Seguro de vida	☐	☐																																																																			
Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad	☐	☐	Dinero de entrada	☐	☐																																																																			
			Otro	☐	☐																																																																			
24	Es alguien dueño o tiene su nombre incluido en el registro de cualquier vehículo (aunque no funcione) ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Vehiculo (1)</th><th>Vehiculo (2)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dueño de el vehiculo</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Año/Marca/Modelo</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Numero de licencia</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Valor estimado</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Balance adeudado</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Vehiculo (1)	Vehiculo (2)	Dueño de el vehiculo			Año/Marca/Modelo			Numero de licencia			Valor estimado			Balance adeudado																																																							
	Vehiculo (1)	Vehiculo (2)																																																																						
Dueño de el vehiculo																																																																								
Año/Marca/Modelo																																																																								
Numero de licencia																																																																								
Valor estimado																																																																								
Balance adeudado																																																																								
25	Usted o su Cónyuge/Pareja de hecho tiene cualquier otra propiedad personal, como antigüedades, joyas, computadoras, herramientas, o armas de fuego con un valor de al menos \$100? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Articulo</th><th>Valor</th><th>Balance Adeudado</th><th>Fecha de compra</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Articulo	Valor	Balance Adeudado	Fecha de compra					☐ VERIFICATION ON FILE																																																														
Articulo	Valor	Balance Adeudado	Fecha de compra																																																																					

CASE COMMENTS AND VERIFICATIONS

26	Recibe alguna de las siguientes de forma gratuita o a cambio de trabajo? ☐ Sí ☐ No Vivienda o alquiler ☐ Gratis ☐ En cambio Valor \$ Utilidades ☐ Gratis ☐ En cambio Valor \$ Comida ☐ Gratis ☐ En cambio Valor \$				CASE COMMENTS AND VERIFICATIONS ☐ VERIFIED SHELTER COSTS: ☐ SHARED HOUSING STMT ☐ RENTAL AGREEMENT ☐ UTILITY BILL ☐ OTHER HUSING COST ALLOWED RENT \$ _____ UTILITIES \$ _____ RENT/UTILITIES \$ _____ ☐ PRORATED																									
27	Tiene usted gastos de vivienda? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: Alquiler \$ _____ Pago de casa (hipoteca) \$ _____ Impuestos de propiedad (si no están incluidos en el pago de la casa) \$ _____ Seguro (si no está incluido en el pago de la casa) \$ _____ Otro (explique) \$ _____																													
28	Paga otra persona o agencia toda o parte de estos gastos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Persona/Agencia</th> <th>Cantidad</th> <th>Con que frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Persona/Agencia	Cantidad	Con que frecuencia																						
Persona/Agencia	Cantidad	Con que frecuencia																												
29	Alguien tiene gastos de servicios públicos? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Cuanto</th> <th>Con que frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Gas</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Propano</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Agua</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Si	No	Cuanto	Con que frecuencia	Electricidad	☐	☐	\$		Gas	☐	☐	\$		Propano	☐	☐	\$		Agua	☐	☐	\$	
	Si	No	Cuanto	Con que frecuencia																										
Electricidad	☐	☐	\$																											
Gas	☐	☐	\$																											
Propano	☐	☐	\$																											
Agua	☐	☐	\$																											
30	Paga otra persona o agencia toda o parte de estos gastos? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique a continuación: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Persona/Agencia</th> <th>Cantidad</th> <th>Con que frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Persona/Agencia	Cantidad	Con que frecuencia																							
Persona/Agencia	Cantidad	Con que frecuencia																												
31	Otros en casa- Nombre/Relación ☐ Si ☐ No _____ _____ _____																													

CERTIFICACION

Yo entiendo las preguntas en este formulario. Entiendo las sanciones si doy información incorrecta, o no se presenten todos los hechos o situaciones que puedan afectar mi elegibilidad o beneficios de asistencia general.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América, el Estado de California u el condado de Kern la información contenida en esta declaración de los hechos es verdadera, correcta y completa..

_____	Firma
_____	Firma de Esposo(a) / Pareja Registrada
_____	Testigo
_____	Firma de Técnico de Elegibilidad

_____	Fecha
_____	Fecha
_____	Fecha
_____	Fecha

INTERCAMBIAR INFORMACIÓN ENTRE AGENCIAS DEL CONDADO DE KERN

(Por favor escriba toda la información en computadora/con letra de molde)

Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____
Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____
Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____
Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____
Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____
Nombre _____	Parentesco _____	NSS # _____

Doy mi autorización para que las agencias nombradas a continuación intercambien u obtengan archivos/información obtenida durante el transcurso de la elegibilidad, mi caso y/o el plan de servicio de CalWORKs/CalFresh/Cuidado de la salud. Entiendo que compartir información es necesario para planear o proveer los servicios necesarios a fin de establecer la elegibilidad o la elegibilidad continua. Esta autorización incluye a todas las personas que aparecen arriba a quienes se les presta servicios.

Conexión Comunitaria para el Cuidado de Niños

Departamento de Rehabilitación

Departamento de Desarrollo de Empleos

Recurso de Capacitación para Empleadores

Autoridad de la Vivienda del Condado de Kern

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Kern

Departamento de Servicios de Manutención de Niños del Condado de Kern

Departamento de Servicios para Ancianos y Adultos del Condado de Kern

Departamento de Salud Mental del Condado de Kern

Departamento de Salud Mental: Sistema de Cuidado para Niños del Condado de Kern

Superintendente Escolar/Distrito Escolar de Asistencias del Condado de Kern

Servicios de The Work Number

Centro Médico Kern

Departamento de Probación del Condado de Kern

Distrito del Colegio Comunitario de Kern

Otro _____

Limitación de los archivos o la información:

☐ No☐ Sí**CONSENTIMIENTO**

Yo entiendo que este consentimiento para liberar o intercambiar archivos e información es vigente hasta que dicho consentimiento sea retirado por el abajo firmante o por un año. He leído este consentimiento con cuidado.

Escriba su nombre con letra de molde _____

Firma _____

(Participante, Padre/Cuidador, Pariente/Guardián)

Fecha _____

Escriba su nombre con letra de molde _____

Firma _____

(Participante, Padre/Cuidador, Pariente/Guardián)

Fecha _____

REPRESENTANTE/TESTIGO DE LA AGENCIA

Escriba el nombre de la Agencia con letra de molde _____

(Técnico de Elegibilidad/Trabajador de Servicios Sociales)

Firma _____

Fecha _____

Original: Case Record

Copy: Social Service Worker

Copy: Client Copy

SOLICITUD PARA OBTENER UN CHEQUE DEBIDO A UNA DETERMINACIÓN POR MOTIVO JUSTIFICADO

NOMBRE DEL CLIENTE	# DE CASO:	FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO	# DEL TRABAJADOR:	# DE TELEFONO: ()

Instrucciones: Si usted tiene un motivo justificado para recibir los beneficios de su asistencia general en un cheque en lugar de mediante vales de ayuda, y/o si tiene un motivo justificado para recibir sus beneficios para el transporte en un cheque en lugar de un pase para el autobús, llene este formulario. Usted puede decirnos cuál es el motivo justificado dándonos los detalles en la sección que sigue.

Luego de llenar el formulario, entréguelo a la oficina del Departamento de Servicios Humanos. Si puede, quédese con una copia para sus expedientes. Usted también puede pedir un recibo en la oficina, cuando lo entregue.

Si tiene alguna pregunta, llame al trabajador de su caso de Asistencia General.

Razones del motivo justificado:

Marque todas las razones que apliquen en su caso. Si sus razones no aparecen en la lista, marque el último cuadro y escriba su razón.

- ☐ Vivo a más de una milla del vendedor (tienda) más cercano que acepta vales.
- ☐ Tengo una discapacidad que incluye problemas de movilidad.
- ☐ Vivo a más de una milla de la parada de autobuses más cercana.
- ☐ Tengo una condición médica, mental o emocional.
- ☐ Tengo problemas usando el autobús.
- ☐ No tengo manera de llegar al vendedor (tienda) que acepta vales de ayuda.
- ☐ Necesito comprar productos para una dieta especial, para necesidades personales o productos médicos no disponibles del vendedor que acepta vales en mi área.
- ☐ alguna otra razón que crea que debemos tomar en consideración.

(Explique:)

NOMBRE DEL CLIENTE (USE LETRA DE MOLDE)	FIRMA DEL CLIENTE
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE	FECHA