

CCA Información General para Asistencia Familiar



Christian Community Action
 200 South Mill Street
 Lewisville, Texas 75057
 972.219.4305/fax 972.219.4330
www.ccahelps.org

Fecha: _____ **Hora:** _____

- Nuevo Apicante Cliente Anterior
 Casado Soltero Divorciado Viudo

Nombre del Apicante: _____ Masculino Femenino

Nombre del esposo/a: _____ Masculino Femenino

Apicante: Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Licencia/ID#: _____

Esposo/a: Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Licencia/ID#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código Postal: _____ eMail: _____

Teléfono # 1: _____ **Compañía de teléfono:** _____

Teléfono # 2: _____ **Compañía de teléfono:** _____

En el Hogar: # de Adultos: _____ # de Niños: _____ Ingreso Mensual Bruto \$: _____

Tiene usted Medicare, Medicaid o Seguro Medico Privado? Apicante: Si ____ No ____ Esposo/a: Si ____ No ____

Ultimo grado escolar: Apicante: _____ Esposo/a: _____

Marque la razón de su visita o lo que solicite:

- Despensa Ingles
 Juguetes Utiles Escolares Trabajo
 Presupuesto Consejeria Asistencia de Renta
 Computacion Pastor Asistencia de Servicios

Describa su crisis:

Referido/a por: _____

Proveer información de los niños que viven con usted:

| Relación | Nombre completo | Fecha de Nacimiento | Edad | Raza | Nombre de la escuela | Grado |
|----------|-----------------|---------------------|------|------|----------------------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

Christian Community Action
200 South Mill Street - Lewisville, TX 75057
Main # 972.436.4357 Fax # 972.219.4330

AUTORIZACION/PERMISO DEL CLIENTE PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Por favor, leer cada declaración y colocar su inicial a la izquierda, firma y fecha.

Yo, _____ entiendo que,
Nombre del cliente (en letra de imprenta)

_____ Una entrevista con un Trabajador de Casos/Gerente de Casos no garantiza asistencia.

_____ Las copias de todos los documentos y aplicaciones que he llenado durante mis visitas se convierten en propiedad de Christian Community Action.

_____ Christian Community Action no será parte de ningun caso o transacción que sea deshonesto o ilegal.

_____ Si es recibida una citación legal, local, estatal o federal, todo el contenido de mi expediente será entregado a la respectiva autoridad legal.

_____ Este acuerdo Permiso/Divulgación de información y normas aplica a mi persona y cada miembro de mi hogar..

_____ Esta autorización se vence en 365 días a partir de la fecha de mi firma.

_____ Yo entiendo que una copia de esta autorización es considerada tan válida como el original.

Por este medio yo le otorgo permiso a cualquier persona, corporación, sociedad, organización, agencia local o del gobierno, institución, hospital, o médico para que entregue a Christian Community Action información sobre mi caso.

Por este medio Christian Community Action tiene mi permiso para compartir información de forma limitada con cualquier persona, corporación, sociedad, organización, agencia local o del gobierno, institución, hospital o médico que pueda estar participando en el manejo de mi caso. Cualquier información compartida con cualquiera de las entidades antes mencionadas es con la intención de ayudar a identificar otros servicios o programas para los cuales mi familia y yo seamos elegibles y coordinar mejor otros servicios para mi y mi familia.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de Trabajador de Casos/Gerente de Casos

Fecha

Christian Community Action opera en acordancia con las normas de el Departamento de Agrigultura de los EE.UU y de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, lo cual prohíbe la discriminación por raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, opinion politica, o de origen nacional.

NUESTRA MISION

En el nombre de Jesucristo, Christian Community Action atiende a los pobres proporcionándoles servicios extensos que alivian el sufrimiento, traen esperanza y cambios de vida.



HISTORIAL PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

5 Años Historial de Residencia

| Historial | Dirección | Cuánto Tiempo/Fechas | Nombre y Teléfono del Dueño |
|------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|
| Dirección Actual | | | |
| | | | |
| | | | |
| Anterior | | | |
| | | | |
| | | | |
| Anterior | | | |
| | | | |
| | | | |

5 Años de Trabajo

| | Dónde ha trabajado? | Qué hacía? | Fechas de Empleo | Motivo de Salida |
|----------|---------------------|------------|------------------|------------------|
| Actual | | | | |
| Anterior | | | | |
| Anterior | | | | |
| Anterior | | | | |

Esposo(a)/Compañero(a)/Otro Adulto que Trabaje

| | Dónde ha trabajado? | Qué hacía? | Fechas de Empleo | Motivo de Salida |
|----------|---------------------|------------|------------------|------------------|
| Actual | | | | |
| Anterior | | | | |
| Anterior | | | | |
| Anterior | | | | |

Alguien más en el hogar está trabajando? SI ____ NO ____ Si quién? _____

Es usted o alguien más en el hogar Veterano? SI ____ NO ____ Si quién? _____

Sin hogar? SI ____ NO ____ No en éste momento _____ Usted tiene un vehículo? SI ____ NO ____

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

Nombre del cliente: _____ Family ID # _____ Date: _____ CM: _____

| <p align="center">§ INGRESOS</p> | | | | <p align="center">§ GASTOS</p> | | <p align="center">§ GASTOS</p> | | <p align="center">CM COMMENTS</p> |
|---|----------------|--|-----------------------------------|--|----|--|----|--|
| <p align="center">QUIEN</p> | | <p align="center">BRUTO</p> | <p align="center">NETO</p> | | | | | |
| | Salario #1 | \$ | \$ | Renta | \$ | Comidas fuera del hogar | \$ | |
| | Salario#2 | \$ | \$ | Electricidad | \$ | Deportes | \$ | |
| | Salario #3 | \$ | \$ | Gas (cuenta de servicio) | \$ | Entretenimiento | \$ | |
| | SS | \$ | \$ | Agua | \$ | ropas | \$ | |
| | SSD | \$ | \$ | Pago del Carro | \$ | zapatos | \$ | |
| | SSI | \$ | \$ | Teléfono | \$ | vacaciones | \$ | |
| | Veterano | \$ | \$ | Seguro del Carro | \$ | Préstamo escolar | \$ | |
| | Retirado | \$ | \$ | Seguro Médico | \$ | Payday Préstamo | \$ | |
| | Familia | \$ | \$ | Medicinas | \$ | Otro: | \$ | |
| | Amigos | \$ | \$ | Comida | \$ | Otro: | \$ | |
| | Ayuda de Niños | \$ | \$ | Gasolina | \$ | Otro: | \$ | |
| | SNAP | \$ | \$ | Otro: | \$ | Otro: | \$ | |
| | Otro | \$ | \$ | Otro: | \$ | Otro: | \$ | |
| | Otro | \$ | \$ | Otro: | \$ | Otro: | \$ | |
| | | | | | | | | |
| | | <p align="center"><u>TOTAL § INGRESOS</u></p> | | <p align="center"><u>TOTAL § GASTOS</u></p> | | <p align="center"><u>TOTAL § GASTOS</u></p> | | |
| | | <p><u>Bruto:</u> _____</p> | | <p>_____</p> | | <p>_____</p> | | |
| | | <p><u>Neto:</u> _____</p> | | | | | | |

Positive or Negative \$ _____

Christian Community Action

CLASIFICACION DE INGRESOS

(80% Indice de Pobreza HUD*)

Nombre del cliente: _____ Código Postal: _____

| # de personas en el Hogar | Ingreso Anual |
|---------------------------|---------------|
| 1 | \$39,450 |
| 2 | \$45,050 |
| 3 | \$50,700 |
| 4 | \$56,300 |
| 5 | \$60,850 |
| 6 | \$65,350 |
| 7 | \$69,850 |
| 8 | \$74,350 |

La tabla de arriba es usada para determinar la clasificación por ingresos para todos los servicios en CCA

Por favor, use la tabla de arriba como referencia y encierre en un círculo el que le corresponda.

Por favor, escriba en la siguiente línea su ingreso mensual en el hogar..

\$ _____ (Bruto)

Firma del Cliente

Fecha

ICW/CM _____ \$ _____ monthly x 12= \$ _____ annually (revised February, 2016)

HUD* (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)
Income Eligibility Guidelines
July 1, 2016 – June 30, 2017**

| Based on 185% of Federal Poverty Guidelines | | | | | |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Household Size | Annual Income | Monthly Income | Twice-Monthly Income | Bi-Weekly Income | Weekly Income |
| 1 | \$21,978 | \$1,832 | \$916 | \$846 | \$423 |
| 2 | \$29,637 | \$2,470 | \$1,235 | \$1,140 | \$570 |
| 3 | \$37,296 | \$3,108 | \$1,554 | \$1,435 | \$718 |
| 4 | \$44,955 | \$3,747 | \$1,874 | \$1,730 | \$865 |
| 5 | \$52,614 | \$4,385 | \$2,193 | \$2,024 | \$1,012 |
| 6 | \$60,273 | \$5,023 | \$2,512 | \$2,319 | \$1,160 |
| 7 | \$67,951 | \$5,663 | \$2,832 | \$2,614 | \$1,307 |
| 8 | \$75,647 | \$6,304 | \$3,152 | \$2,910 | \$1,455 |
| For each additional household member, add: | + \$7,696 | + \$642 | + \$321 | + \$296 | + \$148 |



Household Application for USDA Foods North Texas Food Bank Intake Form

Solo la informacion en este formulario es necesaria para recibir los alimentos del USDA a traves TEFAP

Seccion 1 – Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)

Al firmar a continuacion, certifico que:

1. Soy miembro de la unidad familiar que vive en la direccion que se da en la Seccion 2, y que solicito en nombre de la unidad familiar los domestica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia
2. Toda la informacion que le he dado al departamento que determinara si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta, y
3. Si es pertinente, la informacion presentada por el Representante Autorizado de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) tambien es verdadera y correcta a mi leal saber yentender

Firma del miembro de la unidad familiar _____ Fecha _____

Nombre de proxy (persona con autoridad para actuar en nombre de la familia) (opcional)

Seccion 2 – Informacion de hogar(debe ser completado por el meimbro del hogar, proxy,o la agencia recipiente que es determinar la elegibilidad)

Nombre del miembro de la unidad familiar _____

Direccion residencial (si disponible) _____

El total de miembros de la unidad familiar _____

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la opcion(es) apropiada abajo. Ninguna prueba es necesaria.

___ Programa de ayuda suplemental de la nutricion (SNAP)

___ Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)

___ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)

___ Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP)

___ Medicaid

El ingreso bruto total* (la cantidad antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. Opcional si la casa recibe otra ayuda

\$ _____ por ano _____ por mes _____ por semana

*Los agricultores y los trabajadores autonomos pueden reportar beneficios netos (la cantidad despues de los gastos de negocio).

Seccion 3 – Documentacion de la Agencia Recipiente (debe ser completado por la agencia recipiente)

___ El hogar es elegible basado en lo siguiente:

___ Bajos ingresos ___ SNAP ___ SSI ___ Medicaid

___ NSLP ___ TANF ___ Necesidad de alimentos por crisis

___ El hogar es ineligible (Explique la razon de ineligibilidad en el cuadro de comentarios.)

Periodo de certificacion dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (seccion 4), periodo de certificacion dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis por siete a doce meses.

Provea la duracion del periodo de certificacion si el hogar es elegible.

Inicio (mes/año) ____/____

Final (mes/año) ____/____

Seccion 4 – Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (debe ser completado por la agencia recipiente solo si se determina que el hogar es elegible basandose en la informacion de la seccion 2)

Necesita temporalmente el hogar asistencia alimentaria por crisis?

____ Si ____ No

Si marco si, documente la razon por el crisis en el cuadro de comentarios.

Comentarios _____

Firma del funcionario de la agencia recipiente _____ **Fecha**

Cláusula de exención de derechos civiles De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

La informacion opcional siguiente es solo para uso interno y no es necesaria para determinar la elegibilidad para alimentos del USDA.

Numero de miembros del hogar por grupos de edad:

Ninos (0-17) _____

Adultos (18-64) _____

Adultos mayores (65+) _____

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)

Acuerdo, derechos, obligaciones y solicitud de audiencia imparcial del participante

1. No negarán los alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) si soy elegible.
2. Certifico que, a mi buen saber y entender, la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta.
3. Podré apelar cualquier decisión tomada por la entidad contratante (banco de alimentos) o el sitio de distribución en lo que respecta a mi elegibilidad para el programa. Puedo decir al sitio de distribución o banco de alimentos quiero apelar.
4. Entiendo que si decido enviar a otra persona (un apoderado) a recoger mis alimentos, dicha persona deberá figurar como representante en mi solicitud de hogar para recibir alimentos del USDA.
5. Comprendo que los alimentos provistos por el programa están destinado a los miembros de los hogares que cumplen con los requisitos.
6. Entiendo que no debo vender ni intercambiar los alimentos del USDA por artículos no alimenticios.
7. Presto mi consentimiento para que se divulgue información al personal del Programa TEFAP, que incluye funcionarios del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, del Departamento de Agricultura de Texas y del banco de alimentos.
8. El personal del programa me ha hecho saber cuáles son mis derechos y obligaciones en virtud del programa.
9. Comprendo que las normas de participación del programa son las mismas para todos, independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, el sexo o las discapacidades.
10. He leído o me han leído el presente formulario.
11. El sitio de distribución mantiene el derecho de involucrar a las autoridades locales para asegurar una distribución ordenada.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Solicitud de Cuidado Espiritual

Fecha: _____



Christian Community Action
200 South Mill Street
Lewisville, Texas 75057
972.436.4357 / fx 972.219.4330
www.ccahelps.org

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Email (Correo Electronico): _____

Tel: _____

Iglesia: _____

Tipo de Solicitud:

Me gustaría reunirme con el Capellán: Por favor pase a la Recepción.

Me gustaría recibir una llamada telefónica: ¿Cuál es la mejor hora para llamar? 9:00 – 12:00 or 1:00 – 5:00

Me gustaría ayuda para encontrar una Iglesia ¿Cuál es su preferencia religiosa? _____

Peticiones de oración o notas:

Por favor devuelva esta forma a la recepción o póngase en contacto con el equipo de Cuidado Espiritual

972.219.4354 | prayer@ccahelps.org

Servicios de Asistencia a la Familia

Documentos Requeridos

1. Prueba de Ingresos

Para calificar para servicios el ingreso del hogar no puede exceder el 80% de la Guía HUD.

El ingreso del hogar incluye: Salarios, Seguro social, Discapacidad del SS, Pensión de Veteranos, SNAP, Manutención de Niños, Sección 8, Efectivo, Otros).

2. Prueba de Residencia en Nuestra Área de Servicios

(Contrato de la renta o pago mensual de su casa)

3. Cuentas de Servicios

(Electricidad; Gas; Agua (a nombre de la persona que aplica o su esposo/pareja). Proveer cuenta/s regular actual así como también cualquier desconexión o aviso de desalojo).

4. Licencia de Manejar o Identificación de Todos los Adultos

(Una identificación con foto es preferible)

5. Identificación para Menores

6. Prueba de 90 Días de Residencia en Nuestra Área de Servicios

(Debe incluir el contrato de la renta completo y con firmas)

Para Aplicantes que Solicitan Asistencia Financiera, También Necesitas

(Asistencia de Alquiler y / o Servicios Públicos)

7. Documentación de Crisis

(La razón que le causa a usted buscar asistencia)

La falta de traer los documentos requeridos retrasará el proceso. Es posible que se le pida que presente más documentos para demostrar la necesidad económica durante la entrevista. Esta entrevista no garantiza la asistencia solicitada.

Fecha

Firma Del Cliente