

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 1 de 7)

FECHA DE SOLICITUD:		ASISTENCIA DE EMERGENCIA	
<input type="checkbox"/> TANF Caso #	<input type="checkbox"/> GA Caso #	<input type="checkbox"/> SSI	
NOMBRE:	Fecha de Nac:	#SS	
DIRECCIÓN:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza (Para HMIS)	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no tiene, indicar dirección donde permaneció anoche:			
TELÉFONO:			
Última dirección permanente ¿Cuándo fue la última vez que vivió ahí? (Mes y año):			
Por favor marque todas las opciones que se apliquen a esta emergencia:			
<input type="checkbox"/> Soy indigente <input type="checkbox"/> Estoy a punto de ser indigente /Necesito irme del lugar donde he vivido hasta ahora			
El lugar donde he estado viviendo es:			
<input type="checkbox"/> mi casa permanente <input type="checkbox"/> un lugar que comparto con otras personas <input type="checkbox"/> un refugio <input type="checkbox"/> un programa de vivienda transitoria			
<input type="checkbox"/> un centro de rehabilitación <input type="checkbox"/> un hospital <input type="checkbox"/> una prisión <input type="checkbox"/> una cárcel <input type="checkbox"/> otro (DESCRIBA POR FAVOR)			
No soy indigente, pero deseo solicitar Asistencia de Emergencia por las siguientes razones:			
<input type="checkbox"/> Necesito mudarme y no puedo pagar depósito <input type="checkbox"/> Necesito mudarme y no puedo pagar el depósito de servicios públicos			
<input type="checkbox"/> Tengo un aviso de cancelación de servicios públicos y no puedo pagar mi factura <input type="checkbox"/> Me suspendieron los servicios públicos <input type="checkbox"/> Me suspenderán los servicios públicos esta semana			
<input type="checkbox"/> Debo menos de 3 meses de alquiler o hipoteca <input type="checkbox"/> Debo más de 3 meses de alquiler o hipoteca <input type="checkbox"/> No tengo comida			
<input type="checkbox"/> Vivo en una situación en la que no puedo pagar los costos de vivienda de manera regular <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para comprar muebles <input type="checkbox"/> Otra			
Explicación del Solicitante Sobre la Emergencia			
EXPLIQUE DETALLADAMENTE LA SITUACION (si es indigente, por favor indique qué esfuerzos se han hecho para encontrar un nuevo lugar donde vivir):			

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 2 de 7)

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Indique todos los niños y adultos):				
NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	DISTRITO ESCOLAR Y GRADO

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE _____ TELÉFONO _____
DIRECCIÓN _____

FAMILIARES (Incluya padres y abuelos ausentes de los niños):			
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

RECURSOS FINANCIEROS :			
<input type="checkbox"/> TANF \$ _____ /Mes	<input type="checkbox"/> GA \$ _____ /Mes		
<input type="checkbox"/> SSI \$ _____ /Mes	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos \$ _____ /Mes		
<input type="checkbox"/> Empleo en _____	Tipo de pago: \$ _____ /Semana	\$ _____ /Mes	Último cheque de pago Fecha _____
<input type="checkbox"/> Incapacidad temporal NJ \$ _____ /Mes	<input type="checkbox"/> Seguro social por jubilación/incapacidad \$ _____ /Mes		
<input type="checkbox"/> Pensión infantil \$ _____ /Mes	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos \$ _____ /Mes		
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ /Mes	Fecha de último cheque _____ @ \$ _____		
<input type="checkbox"/> Dinero de amigos/ familiares \$ _____ /Mes	<input type="checkbox"/> Otro \$ _____ /Mes		

ESTATUS EN EL PROGRAMA WORK FIRST NEW JERSEY:

Puede ser empleado Actividad laboral: _____ Trabajador del caso: _____

Diferido Razón: _____

¿Solicitud SSI pendiente? Sí No ¿Solicitud SSD pendiente? Sí No

COMENTARIOS: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 3 de 7)

HISTORIAL DE TRABAJO:		
1. Actual/ Último Empleo		
Fechas en que trabajó: DE	A	Responsabilidades:
Horas por semana:	Salario por hora: \$	Motivo para dejarlo:
2. Empleo Previo		
Fechas en que trabajó: DE	A	Responsabilidades:
Horas por semana:	Salario por hora: \$	Motivo para dejarlo:
3. Empleo Previo		
Fechas en que trabajó: DE	A	Responsabilidades:
Horas por semana:	Salario por hora: \$	Motivo para dejarlo:

INFORMACIÓN SOBRE ALQUILER/ ESTATUS DE ALQUILER ACTUAL:		
Dirección actual		
Arrendador		Número de teléfono
¿Existe un contrato de arrendamiento por escrito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es usted el Inquilino Oficial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Desde cuándo alquila en este lugar? Años	Meses	Número de habitaciones: <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro
¿Pagó depósito de seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad D S \$	Pagado por: <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> Otro
¿Sección 8/ Vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encargado de La Vivienda Pública: Especifique	
¿Comparte usted la casa con otra persona o familia? <input type="checkbox"/> Sí, con		<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es sí, ¿cuál es el arreglo de pago compartido		
Renta del inquilino \$ /Mes		
¿Aviso formal de desalojo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de orden de expulsión:	# Del Sumario de Causas de la Corte: Fecha Audiencia
EXPLIQUE POR QUÉ NO SE PAGÓ LA RENTA Y DE QUÉ MANERA UTILIZÓ SU DINERO: (Continúe al reverso, si es necesario)		

HISTORIAL DE VIVIENDA: [ÚLTIMOS 3 AÑOS]		
1. Ultima dirección permanente		De: A:
¿Fue Sección 8 o vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Oficina/ Encargado de la Vivienda Pública:
Motivo para dejarla		
2. Dirección previa		De: A:
¿Fue Sección 8 o vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Oficina/ Encargado de la Vivienda Pública:
Motivo para dejarla		
3. Dirección previa		De: A:
¿Fue Sección 8 o vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Oficina/ Encargado de la Vivienda Pública:

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 4 de 7)

Motivo para dejarla			
INFORMACION SOBRE HIPOTECA: Dirección actual			
Nombre(s) en la escritura:		¿Cuánto tiempo en esta dirección? Años Meses	
Compañía Hipotecaria:		Cuenta #:	
Pago mensual \$	¿# Meses atrasados?	¿Deuda total? \$	
¿Impuestos sobre la propiedad incluidos en el pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Impuestos sobre la propiedad: \$ /Año o \$ /Mes	
¿Impuestos atrasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿# Meses atrasados?	¿Deuda total? \$
¿Seguro de propietario de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la compañía:	
Seguro \$ /Mes	Fecha del último pago:	Cantidad aún adeudada \$	
SITUACION ACTUAL DE LA HIPOTECA: ¿Aviso formal de ejecución hipotecaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha anticipada de ejecución hipotecaria:			
¿Consultas con asesor en viviendas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Consultas con Servicios Legales/Abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
EXPLIQUE POR QUÉ NO SE PAGÓ SU HIPOTECA Y DE QUÉ MANERA UTILIZÓ SU DINERO:			

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS PÚBLICOS:			
¿Están a su nombre las facturas de servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es no, explique	
¿Quién paga la calefacción? <input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Inquilino		Tipo de calefacción: <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano	
¿Está usted en un plan de presupuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la factura mensual? \$	
¿Ha intentado hacer un arreglo de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Debe usted una factura por servicios de utilidades en otra dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido un aviso para cortar los servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Le han cortado los servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sometido su solicitud a otra agencia para recibir servicios básicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la agencia?	
Calefacción eléctrica \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Calefacción a gas \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Calefacción de aceite \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Calefacción de propano \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Luz eléctrica \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Agua \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Alcantarillado \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Otro , \$ /Mes	Cuenta #:	Cantidad adeudada \$	
Comentarios:			

MUEBLES:			
Si usted no tiene muebles ¿por qué no tiene? <input type="checkbox"/> Nunca he tenido ninguno <input type="checkbox"/> Se destruyeron <input type="checkbox"/> Otro, explique:			
Indique el tipo y cantidad de muebles que necesita: <input type="checkbox"/> # de camas <input type="checkbox"/> # de tocadores <input type="checkbox"/> Conjunto de mesa de comedor y sillas <input type="checkbox"/>			
Sofá <input type="checkbox"/> # de Sillas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
COMPAÑÍA DE ALMACENAMIENTO:		Teléfono:	

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 5 de 7)

Dirección:		
Costo: \$	/Mes	¿Alguna cantidad atrasada? \$
		Cuenta #:

INFORMACIÓN ADICIONAL: (Nota-Estas preguntas se hacen sólo con el propósito de planificación de servicios) Por favor conteste lo siguiente sobre cualquiera de los miembros del hogar

¿Es usted un veterano? Sí No

Comentarios:

¿Es usted víctima de violencia doméstica? Sí No

Comentarios:

¿Se encuentra actualmente involucrada con su familia la agencia de protección de menores (DYFS, siglas en inglés)? Sí No Si es así, ¿quién es su trabajador de DYFS?

Comentarios:

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar órdenes de arresto, acusaciones o multas pendientes? Sí No

Comentarios:

¿Está sujeto a los requisitos de divulgación bajo la ley Megan algún miembro de su hogar? Sí No

Comentarios:

DIVULGACIÓN VOLUNTARIA DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL SOLICITADA ÚNICAMENTE PARA FINES DE COLOCACIÓN. USTED PUEDE ESCOGER NO RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Está embarazada actualmente usted o algún miembro de su hogar? Sí No

Comentarios:

¿Tiene usted problemas físicos de salud o incapacidad física? Sí No

¿Toma usted medicamentos? Sí No ¿Tiene en este momento suficientes medicamentos para mantener su condición estable? Sí No

¿Tiene necesidades especiales relacionadas con una incapacidad? Sí No

Comentarios:

¿Necesita ayuda para tratar problemas de alcoholismo o adicción a drogas? Sí No (Puede ser elegible a recibir tratamiento gratuito mediante la Iniciativa de Abuso de Sustancias (SAI, siglas en inglés))

¿Tiene un historial de cargos por manejar intoxicado (DWI, siglas en inglés)? Sí No

¿Tiene un historial de cargos por uso de drogas (CDS, siglas en inglés)? Sí No

¿Ha estado en tratamiento por drogas/ alcohol? Sí No Si es así, ¿terminó el programa (se graduó)? Sí No

Comentarios:

¿Necesita ayuda para conseguir tratamiento por problemas emocionales o de salud mental? Sí No

¿Toma medicamentos? Sí No ¿Tiene actualmente suficientes medicamentos para mantener su condición estable? Sí No

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar un historial de tratamientos por problemas emocionales o de salud mental? Sí No

Comentarios:

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna incapacidad del desarrollo? Sí No

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 6 de 7)

¿Ha estado usted o algún miembro de su familia en programas de educación especial? Sí No

Comentarios:

¿Usted o algún miembro de su familia se ha hecho exámenes, ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento para VIH/SIDA? Sí No

¿Necesita ayuda para conseguir tratamiento para el VIH/SIDA? Sí No

Comentarios:

ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD, POR FAVOR LEA LAS DECLARACIONES A CONTINUACION. SI NO ENTIENDE O SI TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR PREGUNTE

TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y NO SERÁ COMPARTIDA SIN SU CONSENTIMIENTO

1. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Sé que si la información que he proporcionado es falsa a sabiendas, estoy sujeto a castigo.
2. La Agencia de Bienestar Social se puede comunicar con cualquier persona u otra fuente para verificar la información que he proporcionado.
3. Informaré a la Agencia de Bienestar Social sobre cualquier cambio en mis condiciones de vida, tamaño de familia o ingresos.
4. Tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con cualquiera acción tomada por la Agencia de Bienestar Social.
5. La Agencia de Bienestar Social no me negará servicios de Asistencia de Emergencia debido a mi raza, edad, color, credo, nacionalidad de origen, sexo, estado civil, incapacidad o ideología política.
6. Entiendo que la Agencia de Bienestar Social decidirá el tipo de vivienda de emergencia más adecuado.
7. Entiendo que los Reglamentos de Asistencia de Emergencia requieren que contribuya con un porcentaje de mis ingresos destinados a cubrir los costos de colocación de emergencia, vivienda transitoria y asistencia de alquiler temporal en adhesión con el Plan de Servicio de la Asistencia de Emergencia con el cual yo estuve de acuerdo.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION EN ESTA SOLICITUD ES CORRECTA Y COMPLETA EN LA MEJOR DE MIS CAPACIDADES

Firma del solicitante :

Fecha:

Representante de la Agencia:

Fecha:

DOSPOSICION DEL CASO: (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

Aprobado; efectivo el _____

Denegado _____

Pendiente

(Fecha)

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA (Opcional) WFNJ/EA-1As (Nuevo 7/06)
(Toda la Información es Confidencial) (Página 7 de 7)

Comentarios/ Recomendaciones del Encargado del Caso:

Tipo de vivienda: Transitoria Refugio Refugio DV RHCF Otro supervisado Cuarto Motel Otro (por favor indique)

DOCUMENTOS DE APOYO ANEXOS (SI APLICA)

<input type="checkbox"/> Plan de servicios provisional – firmado por el solicitante
<input type="checkbox"/> Acuerdo voluntario de pagos restrictivos (sólo TANF)
<input type="checkbox"/> Aviso de desalojo/ Orden de desalojo/ Aviso de ejecución hipotecaria
<input type="checkbox"/> Carta del arrendador sobre "Intención de Desalojo"
<input type="checkbox"/> Carta legal del inquilino de "Intención de Desalojo" – debe detallar motivos
<input type="checkbox"/> Aviso(s) de advertencia/ interrupción de servicios públicos
<input type="checkbox"/> Informe de la policía
<input type="checkbox"/> Documentos de puesta en libertad o informe de libertad condicional
<input type="checkbox"/> Formulario de información médica WFNJ MED-1
<input type="checkbox"/> Documentación sobre tratamiento médico/ de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Declaración jurada de gastos y recibos del cliente
<input type="checkbox"/> Otros – Especifique

S:\Working\WFNJFORM\WFNJ-EA-1As(Opcional).doc