

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, RETENCIÓN Y PARA CASOS DE EMERGENCIA (PRC)

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Caso: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Condado de: LAKE

- Indique por favor el tipo de ayuda que está solicitando:  
 Subvención de los servicios públicos: Especifique para qué servicios públicos está buscando subvención: \_\_\_\_\_  
 Gastos en el hogar/Gastos con reparaciones: Especifique cuál: \_\_\_\_\_  
 Gastos con transporte: Especifique cuál: \_\_\_\_\_  
 Gastos relacionados con empleo (para los que reciben OWF asistencia social)  
 Otro: Por favor especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna otra agencia lo ha asistido con esta necesidad?  SÍ  NO.  
 Dé el nombre de las otras agencias con las cuales se ha puesto en contacto para obtener ayuda: \_\_\_\_\_
- ¿Hay algún miembro del hogar que tenga un pago de beneficios en exceso pendiente con el Departamento de Servicios de Empleo y para la Familia del condado de Lake?  SÍ  NO. Se debe haber hecho un pago destinado a la reclamación en los últimos 30 días.
- ¿Hay algún miembro del hogar que no cumpla los requisitos para recibir asistencia social en dinero debido a la imposición de una sanción?  SÍ  NO.
- ¿Alguno de los miembros del hogar renunciaron del trabajo o rechazaron la oferta de un trabajo en los últimos 60 años?  
 SÍ  NO.  
 Si la respuesta es sí, dé el nombre, la fecha en que renunció o rechazó un trabajo y las razones para ello: \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguien que sea considerado actualmente como no dispuesto a cooperar con la Oficina de Cumplimiento de Pago de la Manutención de Menores?  SÍ  NO.
- ¿Recibe usted un reembolso mensual por el pago de los servicios públicos de Metro Housing?  SÍ  NO.  
 ¿Si la respuesta es sí, cuánto? \$ \_\_\_\_\_

**Llene el gráfico abajo con la información de todos los que viven en su hogar, incluyéndolo(a) a usted. Se requiere que usted corrobore el ingreso de todos los miembros de su hogar.**

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	# de SSN	¿Es esta persona embarazada?	Otras fuentes de ingreso	Cantidad mensual de ingresos
	USTED MISMO					\$
						\$
						\$
						\$
						\$

**Si algún miembro de su hogar tiene cualquiera del recursos enumerados abajo, marque sí al lado del asunto y completa la línea. Si nadie en el hogar tiene disponibilidad ninguno de los recursos enumerados abajo marque no y deje la línea en blanco.**

Recurso	Persona que tiene el recurso	Cantidad
Cuenta de ahorros bancaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____
Dinero en efectivo a mano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____
Cuenta corriente bancaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____
Fondo Fiduciario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____
Acciones o Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____
Otro (Especifique):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	\$ _____

**Al firmar y fechar esta solicitud, le estoy dando autorización al Departamento de Servicios de Empleo y para la Familia del condado de Lake, para que hagan contacto con cualquier empresa de servicio público, arrendador, administrador de la propiedad, patrón, institución financiera, u otro proveedor para que compartan con la información necesaria para poder determinar si cumple los requisitos para tener acceso al Programa PRC.**

\_\_\_\_\_  
 Firma Fecha: