

Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado de Lake

177 Main St. Painesville, OH 44077

SOLICITUD DE PREVENCIÓN, RETENCIÓN Y CONTINGENCIA (PRC)

Este programa está diseñado para ayudar a los hogares desviándolos de la asistencia en efectivo continua, al no proporcionar asistencia a corto plazo, ayudar a un miembro empleado de la familia a mantener su empleo y proporcionar necesidades de emergencia que, si no se satisfacen, pueden amenazar la seguridad, la salud o el bienestar de uno o más de los miembros de la familia. Cada solicitante debe tener viviendo con ellos, en su hogar, un hijo suyo menor de edad, o estar cuidando a un niño en lugar de los padres (padres que no están en el hogar), y cumplir con la definición de pariente especificado, o tener un niño bajo su custodia, o tener la tutela de un niño, o debe ser una mujer embarazada sin otros hijos.

Nombre del Solicitante: _____

Dirección del Solicitante: _____

Número de teléfono del Solicitante: _____

Número de Seguridad Social del Solicitante: _____ **¿Le gustaría registrarse para votar?** Sí No

¿Qué servicio(s) está solicitando?

Refugio:

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado o pagos de alquiler de lote | ¿Cantidad solicitada? _____ | ¿Para qué meses? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pagos hipotecarios atrasados | ¿Cantidad solicitada? _____ | ¿Para qué meses? _____ |
| <input type="checkbox"/> Primer mes de alquiler/depósito de seguridad | ¿Cantidad solicitada? _____ | ¿Ya se mudó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Motivo de necesidad de Refugio de Emergencia: | | |

¿Dónde se ha alojado las últimas tres noches? _____

Servicios Públicos:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> El servicio está desconectado | <input type="checkbox"/> Desconexión pendiente (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Nuevo servicio |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> El servicio está desconectado | <input type="checkbox"/> Desconexión pendiente (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Nuevo servicio |
| <input type="checkbox"/> Agua/Alcantarillado | <input type="checkbox"/> El servicio está desconectado | <input type="checkbox"/> Desconexión pendiente (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Nuevo servicio |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Internet | <input type="checkbox"/> El servicio está desconectado | <input type="checkbox"/> Desconexión pendiente (Fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Nuevo servicio |
| <input type="checkbox"/> Combustible | <input type="checkbox"/> Gas propano | <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su tanque está vacío | |

Gastos de transporte:

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reparaciones de vehículos | ¿Cantidad solicitada? _____ | Reparaciones necesarias: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pagos atrasados de vehículos | ¿Cantidad solicitada? _____ | ¿Para qué meses? _____ |
| <input type="checkbox"/> Costo de remolque | | |

Muebles para el hogar / Electrodomésticos / Reparaciones/Reemplazo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mesa y sillas de cocina | |
| <input type="checkbox"/> Tipo de electrodoméstico | <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Refrigerador |
| <input type="checkbox"/> Cama/Marco/Colchón/Resorte de cajón | <input type="checkbox"/> Cuna y colchón <input type="checkbox"/> Silla de auto |
| <input type="checkbox"/> Reparación/reemplazo del hogar- Tipo: | _____ |

Gastos relacionados con el trabajo o la educación: Especifique la necesidad: _____

Servicios de cuidadores de parentesco (se requiere una solicitud separada para cada niño):

Para qué niño: _____

¿En qué fecha comenzó a vivir este niño con usted? _____

- | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ropa | <input type="checkbox"/> Ropa de cama | <input type="checkbox"/> Silla de auto | <input type="checkbox"/> Silla alta | <input type="checkbox"/> Cuna/cama | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|

Programa de Incentivos de Empleo COVID PRC

¿Su familia se ha visto afectada financieramente por la pandemia de COVID 19? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar como: _____

¿Un miembro adulto de su grupo de asistencia de PRC ha comenzado un nuevo empleo desde el 1 de junio de 2021? Sí No

¿Quién? _____ ¿En qué fecha comenzó el empleo? _____

¿Esta persona ha sido empleada por este empleador durante los últimos 90 días? Sí No

Número de horas por semana empleadas: _____ Tasa de pago: _____

Solicitud de PRC del Condado de Lake – efectiva el 10/01/21

Composición del hogar:

Complete la tabla a continuación que indica a cada persona que vive en su hogar, incluido usted mismo (el solicitante). Debe enumerar a todos que viven en esta dirección, incluso si no están relacionados con usted o que solicitan asistencia. Enumere su nombre primero (solicitante). Utilice el reverso si es necesario.

Nombre	Relación con el solicitante	¿Es esta persona un ciudadano estadounidense?	Fecha de nacimiento	Edad en años en el momento de la solicitud	SSN#	¿Esta persona está embarazada?
	Solicitante:					

Renta:

Informe todas las fuentes de ingresos y montos para cada miembro de su hogar. El monto reportado debe ser el monto bruto, este es el monto de ingresos antes de cualquier deducción como impuestos, manutención de menores, seguro de salud, etc. Además del empleo (tributado o no tributado), también debe informar todas las fuentes de ingresos no ganados, tales como: pagos de seguridad social, pagos de SSI, pagos de manutención infantil, desempleo, compensación de trabajadores, pensiones, etc. Si su hogar no tiene ningún ingreso, aún debe completar esta sección con un \$0. Dejarlo en blanco será una solicitud incompleta.

Nombre	Fuente de ingresos	Importe bruto de los últimos 30 días

Recursos:

Informe aquí la cantidad total de recursos que tiene su hogar en el momento de esta solicitud. Este es el dinero total disponible en cosas como efectivo, cuentas corrientes y de ahorros, acciones y bonos o cuentas de inversión a las que puede acceder dentro de los próximos 30 días. Debe ingresar una cantidad aquí incluso si es \$0 o su solicitud estará incompleta.

Nombre	Tipo de recurso:	Cantidad disponible:

Varios:

La siguiente información adicional es necesaria para determinar la elegibilidad de su hogar para PRC.

- ¿Hay alguien en huelga, que haya renunciado o rechazado el empleo en los últimos 60 días? Sí No Si es así, quién? _____
- ¿Alguien tiene un pago excesivo de SNAP o beneficios en efectivo que está más de 60 días atrasado? Sí No Quién? _____
- ¿Hay alguien que actualmente cumple una sanción bajo el SNAP o los programas de asistencia en efectivo? Sí No Quién? _____
- ¿Alguien está pagando los pagos de manutención infantil ordenados por la corte para un niño fuera del hogar? Sí No Quién? _____
- ¿Hay alguien en el hogar que sea actualmente un delincuente que huye o que está en violación de la libertad condicional? Sí No Quién? _____
- ¿Usted recibe un reembolso de servicios públicos de LMHA? Sí No Cantidad? _____
- ¿Se ha puesto en contacto con alguna otra agencia para obtener ayuda con la necesidad que está solicitando hoy? Sí No
- Nombre de la Agencia: _____ ¿Cómo le han asistido? _____

LA ELEGIBILIDAD SE DETERMINARÁ TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PERO A MÁS TARDAR 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD. PARA AYUDARNOS A ACELERAR SU DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD, ENVÍE LA VERIFICACIÓN DE SU NECESIDAD EMERGENTE Y LOS INGRESOS DE SU HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS JUNTO CON ESTA SOLICITUD. CUALQUIER VERIFICACIÓN PENDIENTE SE SOLICITARÁ POR ESCRITO Y SE LE ENVIARÁ POR CORREO. TENDRÁ 10 DÍAS CALENDARIO PARA PROPORCIONAR LAS VERIFICACIONES PENDIENTES. ES POSIBLE QUE INTENTEMOS COMUNICARNOS CON USTED POR TELÉFONO SI TENEMOS PREGUNTAS SOBRE SU SOLICITUD. NO PODEMOS APROBAR LOS SERVICIOS HASTA QUE SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE PROCESO DE SOLICITUD, LLÁMENOS AL 440-350-4011 LUNES A VIERNES DE 8 a.m. A 4:15 p.m., EXCEPTO DE 12 a 1 p.m.

Firma de la solicitud:

Doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es precisa a mi mejor saber y entender y entiendo que seré responsable de pagar los pagos realizados en mi nombre bajo el plan PRC de Lake County si se descubre que retuve o no di información veraz en esta solicitud y no era elegible para los servicios. **Al firmar y fechar esta solicitud, estoy dando permiso al Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Condado de Lake para ponerse en contacto con cualquier compañía de servicios públicos, propietario, administrador de propiedades, empleador, institución financiera u otro proveedor con el fin de obtener o compartir la información necesaria para determinar la elegibilidad para el programa de PRC del Condado de Lake.**

Firma

Fecha

Sus derechos civiles:

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión y creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture - USDA) también prohíbe la discriminación basada en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, el credo religioso, la discapacidad, la edad, las creencias políticas o las represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en: <http://www.ascr.usda.gov/complaintfilingcust.html> y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa 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.

Para cualquier otra información relacionada con los problemas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de línea directa SNAP Hotline del USDA al (800) 221-5689, que también está en español o llamar a los números de línea directa de información del Estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de números de línea directa por Estado); que se encuentra en línea en:

<http://www.fns.usda.gov/snap/contact info/hotlines.htm>

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.