

Lake County Department of Job and Family Services

177 Main St. Painesville, OH 44077

SOLICITUD DE PREVENCIÓN, RETENCIÓN Y CONTINGENCIA(PRC)

Este programa está diseñado para ayudar a los hogares desviandolos 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 mas 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 un niño en lugar de los padres (padres que no están en le 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: _____

Numero de telefono: _____

SSN: _____ **¿Le gustaría registrarse para votar?** Si No

Composición del hogar:

Complete el cuadro a continuación indicado a cada persona que vive en el hogar, incluyendo usted mismo. (Solicitante). Debe incluir a todas las personas en su hogar incluso si no están emparentados con usted o solicitan asistencia. Escriba su primer nombre (Solicitante). Utilicé la parte de atrás 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 esta embarazada? |
|--------|-----------------------------|--|---------------------|--|------|--------------------------------|
| | Solicitante | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ingresos:

Informe todas las fuentes de ingreso y las cantidades recibidas por cada miembro de su hogar durante los últimos 30 días. El monto informado debe ser el montó bruto. Esta es la cantidad de ingresos antes de cualquier deducción, como impuestos, manutención infantil, seguro médico etc. Además del empleo (tributado o no tributado), también debe informar todas las fuentes de ingresos no ganados del trabajo como pagos del seguro social, pagos de SSI, de manutención infantil, desempleo, compensación laboral, pensión etc. Si su hogar no tienen ningún ingreso aún debe completar esta sección que enumere \$0 Si la deja 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? Si No Si esa asi, Quien? _____

Alguien tiene un pago excesivo de SNAP o beneficios en efectivo que esta mas de 30 dias atrasado? Si No Quien? _____

Si tiene un reclamo de sobrepago atrasado, debe realizar un pago en el reclamo y es posible que deba firmar un nuevo acuerdo de pago dentro de los 10 dias posteriors a la presentación de esta solicitud. Si no esta seguro llame al 440-350-4285.

¿Hay alguien que actualmente cumpliendo una sanción bajo SNAP o los programas de asistencia en efectivo? Si No

Quien? _____

¿Alguien esta pagando los pagos de manutención infantil ordenados por la corte para un niño fuera del hogar? Si No
Quien? _____

¿Hay alguien en el hogar que sea un delincuente que huye o que esta en violacion de la Libertad condicional? Si No
Quien? _____

¿Se ha puesto en contacto con alguna otra agencia para obtener ayuda con la necesidad que esta solicitando hoy? Si No
Nombre de la agencia: _____ ¿Como le han asistido? _____

Consulte los servicios solicitados, La elegibilidad solo se puede explorar para los servicios indicados.

Gasto de Vivienda

Pagos atrasados de alquiler/renta de lote Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud, debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias, Confirme sus recursos en esta solicitud proporcionar una copia de su contrato de alquiler actual y pedirle al propietario que complete el formulario de verificación de alquiler de PRC adjunto para verificar su morosidad en alquiler.

Pagos hipotecarios atrasados Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias, Confirme sus recursos en esta solicitud. Proporcione una copia de su declaración hipotecaria actual que verifique la cantidad de morosidad y la información de contacto de su compañía hipotecaria.

Pagos de primer mes de alquiler/ Deposito de seguridad Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de ingresos de los últimos 30 dias, Confirme sus recursos en esta solicitud, proporcionar el formulario de verificación de alquiler de PRC adjunto y pedirle al propietario que complete. Además debe verificar que cumple con uno de los siguientes requisitos dentro de los 10 dias posteriores a la presentación de esta solicitud: Si usted esta residiendo en un refugio para personas sin hogar, Si esta residiendo en un refugio de violencia doméstica, Si se enfrenta al desalojo y su propietario actual no aceptará un pago de PRC para detener el procedimiento de desalojo, O Está dentro de los 60 dias posteriores al final de su contrato de arrendamiento actual.

Refugio Emergencia - Estancia en hotel Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias, Confirme sus recursos en esta solicitud. Este servicio solo está disponible bajo las siguiente condiciones por favor indique cuál se aplica a su aplicación: _____

- No hay espacio para quedarse en el refugio local para personas sin hogar y se enfrenta a una ejecución hipotecaria o desalojo de su residencia actual en los 10 dias inmediatos posteriores al requisito de verificación de solicitud/fecha.
- No hay espacio para quedarse en el refugio de violencia domestica local (Lake-Geauga County) y su hogar contiene una victima de violencia domestica.
- Usted es referido por PCSA o tiene un caso activo de PCSA.
- Su residencia actual es inhabitable o insegura según lo verificado por el departamento de bomberos, el departamento de salud , PCSA o un medico.

Servicios Públicos

Las facturas de servicio públicos deben estar a nombre de un miembro del hogar.

No podemos ayudar con las facturas de gas y electricidad durante la temporada de HEAP de invierno.

Gas Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias confirme sus recursos en esta solicitud y proporcionar su fractura de gas actual que verifique el monto atrasado.

¿Esta su servicio desconectado? Si No

Electricidad Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias confirme sus recursos en esta solicitud y proporcionar su fractura de electricidad actual que verifique el monto atrasado.

¿Esta su servicio desconectado? Si No

Agua/Alcantarillado Dentro de los 10 dias posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 dias confirme sus recursos en esta solicitud y proporcionar su fractura de agua/alcantarillado actual que verifique el monto atrasado.

¿Esta su servicio desconectado? Si No

Combustible/Propano Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días confirme sus recursos en esta solicitud, y proporcione una estimación para llenar su tanque.

¿Su tanque está actualmente vacío? Si No

Gasto de Transporte:

Reparaciones de vehículos Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días confirme sus recursos en esta solicitud, proporcione una copia del registro del vehículo (debe estar registrada a nombre de un miembro del hogar) Proporcione una copia de su licencia de conducir válida, Proporcione prueba de seguro en el vehículo al momento de la solicitud, Proporcione dos presupuestos de dos talleres diferentes. Si el vehículo no funciona o cuesta menos de \$100 solo se necesita un presupuesto y el presupuesto debe indicar que el vehículo no funciona.

Pagos atrasados de vehículos Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días confirme sus recursos en esta solicitud, proporcione una copia del registro del vehículo (debe estar registrada a nombre de un miembro del hogar) Proporcione una copia de su licencia de conducir válida, Proporcione prueba de seguro en el vehículo al momento de la solicitud, Proporcione una copia de su estado de cuenta más reciente para su préstamo de automóvil verificando el monto moroso y la información de contacto de la institución financiera.

Costo de molque Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días confirme sus recursos en esta solicitud, proporcione una copia del registro del vehículo (debe estar registrada a nombre de un miembro del hogar) Proporcione una copia de su licencia de conducir válida, Proporcione prueba de seguro en el vehículo al momento de la solicitud, y prueba de que el vehículo no funciona o es inseguro para conducir.

Artículos para el hogar/ Accesorios/Reparaciones/Reemplazo de hogar

Mesa y Silla de cosina

Cama/marco/colchón

El servicio solo está disponible si este artículo ha sido destruido en un incendio, una inundación o en un tornado o si se ha mudado de una casa amueblada a una casa sin amueblar (Se deben proporcionar verificaciones). Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días confirme sus recursos en esta solicitud, y proporcione verificación de la necesidad emergente que satisfice.

Reparaciones/Reemplazo de hogar – Tipo: _____ Las reparaciones/ reemplazos de viviendas se limitan a los solicitantes que son dueños de su propia casa y las reparaciones no están cubiertas por su póliza de seguro de propietario de vivienda. Solo se permite el reemplazo si la reparación no es rentable. La reparación o reemplazo de artículos bajo el programa PRC se limita a aquellos que afectan las estructuras básicas del hogar incluyendo pero no limitado a: techo/tanques de agua caliente/horno/plomería/electricidad. Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días, confirme sus recursos en esta solicitud y dos estimaciones para las reparaciones necesarias. Si se necesita un reemplazo ambas estimaciones deben indicar que se recomienda el reemplazo.

Servicios de Cuidadores de Parentesco (Se requiere una solicitud por separado para cada niño)

Nombre del niño(a): _____ ¿ En que fecha se mudó este niño a su casa: _____

Ropa

Cuna/cama

Sábanas

Silla de coche

Silla Alta

Cama gemela(marco/colchón)

Cuidado de Niños

Dentro de los 10 días posteriores a la fecha de su solicitud debe proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar durante los últimos 30 días, confirme sus recursos en esta solicitud. Si está solicitando cuidado infantil, debe solicitar cuidado infantil financiado con fondos públicos presentando una solicitud en la agencia o en línea en benefits.ohio.gov dentro de los 10 días posteriores de su aplicación. Su solicitud de cuidado de niños debe ser denegada por exceder los límites de ingresos para aprobar los pagos de cuidado de niños bajo el plan Kinship PRC.

Gastos Relacionados Con Trabajo O Educación

Especificar la necesidad y el motive de la necesidad:

LA ELEGIBILIDAD SE DETERMINARÁ TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PERO A MAS TARDAR 30 DIAS DESPUES 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 DIAS JUNTO CON ESTA SOLICITUD. CUALQUIER VERIFICACIÓN PENDIENTE SE SOLICITARÁ POR ESCRITO Y SE LE ENVIARÁ POR CORREO. TENDRA 10 DIAS 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, LLAMENOS AL 440-350-4011 LUNES A VIERNES DE 8AM-4:15PM EXCEPTO DE 12PM-1PM

Firma del solicitante: 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 condado de Lake 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 y familia del condado de Lake para ponerse en contacto con cualquier compañía de servicios públicos , propietarios , administrado de propiedades, empleador, institución financiera o 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

Lake County Department of Job and Family Services

177 Main St. Painesville, OH 44077

PRC LANDLORD VERIFICATION FORM

If the applicant is applying for assistance with delinquent rental payments, lot rent payments or first months rent and/or a security deposit, this form must be completed by the landlord/leasing agent. If you have questions about how to complete this form or about the PRC process, please call 440-350-4011. This form may be returned by mail to the above address, faxed to us at 440-350-4485, or emailed to us at LakeJFS_Documents@jfs.ohio.gov

Applicant's Name: _____
SSN or Case Number: _____
Property Address: _____

Who resides or will reside at this address (use back of this paper if additional space is needed)?

FOR POTENTIAL NEW TENANTS, PLEASE COMPLETE THIS SECTION:

Date of expected occupancy: _____

Amount needed to move in:

\$ _____ Security Deposit Will you waive the Security Deposit? Yes No
\$ _____ First Month's Rent
\$ _____ Additional amounts (specify reason: _____)
\$ _____ Total

Please indicate what utilities the tenant is responsible for separate from the monthly rent amount:

Gas Electric Trash Water Sewer Other _____
If responsible for gas and/or electric, are either used to heat or air condition the home? Yes No

FOR EXISTING TENANTS, PLEASE COMPLETE THIS SECTION:

Is this tenant currently facing eviction status? Yes No

If yes, have you filed an eviction with the courts? Yes No

Please indicate the past due amounts specifying the past due monthly rental amount and any late charges and other fees associated with each month. (Please use the back side of this paper if additional space is needed)

| Month | Past Amount Due | Late Fee | Other (such as utilities in the landlord's name) |
|-------|-----------------|----------|--|
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | | | TOTAL \$ _____ |

LANDLORD/LEASING AGENT SIGNATURE:

This form is to gather information necessary to determine eligibility for a potential **one-time payment** only; the agency does not pay ongoing rental expenses. By completing this form you are attesting that you are the owner or leasing agent of the property you have listed above. Providing false information to this government agency in order to receive PRC payments may lead to prosecution. **THIS FORM IS NOT A RENT VOUCHER** and does not promise payment of any kind. We will contact you if this applicant is approved for services. If the person is found eligible for PRC Services, are you willing to accept payment in the form of a voucher? Yes No The voucher process takes approx. 4-6 weeks for payment from the time of approval once all required vendor paperwork is on file (tax identification).

Your Name: (Print) _____ Signature: _____

Payment Address: _____

Your Civil Rights:

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion and political beliefs.

The U.S Department of Agriculture also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider.