

Paquete de Solicitud de Asistencia de Emergencia

Este paquete incluye lo siguiente:

- Lista de Verificación del solicitante para Asistencia de Emergencia
- Solicitud
- Hoja de Ingreso Mensual Y Gastos del Hogar
- Forma de Manejo de Casos
- Consentimiento para la Divulgación de Información

Pasos para solicitar Asistencia de Emergencia

Una vez que se haya recogido una solicitud del Municipio de Zion:

1. Complete la Solicitud
2. Complete la *Hoja de Ingreso Mensual Y Gastos del Hogar*
3. Firmar formulario de divulgación de información
4. Ven a tu cita a tiempo
 - a. Proporcione todos los documentos enumerados en la Lista de Verificación del solicitante para Asistencia de Emergencia

Todas las solicitudes se revisan y la aprobación final se realiza después de la asistencia del solicitante a la clase de presupuesto.

Nota: Tener una cita con un administrador de casos del Municipio de Zion no garantiza una aprobación. Su solicitud será revisada y se tomará una determinación solo después de la revisión.



ZION TOWNSHIP

LEADERSHIP • ADVOCACY • RESOURCES

Cheri L. Neal - Supervisor

Lista de Verificación Para el Programa de Asistencia de Emergencia

Debe traer lo siguiente a su cita:

- Solicitud Completa
- Tarjeta de identificación con foto actual (para el solicitante y su cónyuge, si corresponde)
- Tarjeta de Seguro Social (para todos los miembros de la familia)
- Tarjeta Medica (si corresponde)
- Verificación de SNAP (si corresponde)
- Facturas de todas las utilidades y cualquier otra factura
- Certificado de nacimiento como prueba de ciudadanía, si no nació en los EE.UU. (El certificado de naturalización de EE. UU. o tarjeta de residencia)
- Declaración de hipoteca o arrendamiento con la información de contacto del arrendador para probar la residencia de Zion
- Verificación de asistencia de vivienda (si corresponde)
- Estados de cuentas bancarias mas recientes de todas las cuentas de cheque y ahorros
- Prueba de su dificultad (razón por la cual no puede pagar la renta/factura)**
- Comprobante de ingresos (todos los registros de ingresos)
 - Empleo (últimos 30 días de recibos de sueldo, impresiones o recibo de depósito directo)
 - Carta de Desempleo o recibo de depósito directo
 - Declaración para la tarjeta de débito de depósito directo
 - Carta/declaración de SSDI o SSA
 - Verificación de manutención infantil
- Recibo de pagos a facturas que excedan el monto de asistencia del Municipio de Zion

Solicitantes en riesgo de desalojo:

- Aviso de desalojo de 5 días

Solicitantes en riesgo de desconexión:

- Aviso de desconexión (para una de las utilidades enumeradas a continuación)
 - Gas
 - Electricidad
 - Agua

Fecha Y Hora de Cita: _____ @ _____ a.m./p.m.

Las citas de Presupuesto y Asistencia de Emergencia deben cumplirse.

Los clientes tardíos pueden ser obligados a reprogramar su cita.

Si necesita reprogramar su cita, llame 15 minutos antes de la hora de su cita.

847-872-2811



ZION TOWNSHIP

LEADERSHIP • ADVOCACY • RESOURCES

Cheri L. Neal - Supervisor

FORMA DE MANEJO DE CASOS

Nombre: _____

Referido por: _____

Por favor explique sus dificultades/razones por la cual necesita ayuda:

¿Qué ha hecho para tratar de resolver la emergencia? ¿Cómo ayudará nuestra asistencia?

¿Cuál es su plan para futuras emergencias?



State of Illinois
 Department of Human Services
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Ciudad o Municipio: _____ Fecha de Emisión: _____
 Condado: _____ Fecha de Devolución: _____
 Número de Registro : _____

La información requerida en esta solicitud se aplica a la cabeza del hogar y a todos los dependientes para quienes se realiza la solicitud.

1. Información General

Apellido: _____ Teléfono: _____

Nombre e Inicial del Segundo Nombre del Esposo: _____

Nombre de la Esposa e Inicial del Segundo Nombre: _____ Otros nombres o delecteos: _____

Dirección: _____ Fecha de Mudanza: _____ Renta Mensual: _____

Tres Direcciones Anteriores (incluyendo ciudad y estado):

Dirección 1: _____ Fecha de Mudanza: _____

Dirección 2: _____ Fecha de Mudanza: _____

Dirección 3: _____ Fecha de Mudanza: _____

Mi familia y yo hemos vivido en este municipio desde _____ este condado desde _____

y en este estado desde _____

Nuestra dirección antes de movernos a Illinois era _____

Ahora estoy pidiendo ayuda para mí y para los siguientes miembros de mi familia, que residen conmigo.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Relación	Número de Registro de Seguridad del Departamento de Empleo de Illinois	Número de Seguro Social
Primer Segundo Apellido	Mes Dia Año	Ciudad Estado			
			Yo/Solicitante		

Además de los enumerados anteriormente, los siguientes familiares, internos, huéspedes y otras personas, para quienes no estoy en busca de asistencia están viviendo en la misma casa.

Nombre	Edad	Relación	Medios Actuales de Apoyo	Monto Pagado Mensualmente Por Comida, Alojamiento o Parte de Los Gastos del Hogar
Primer Segundo Apellido				

2. ¿Por qué necesitas ayuda?



State of Illinois
 Department of Human Services
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA

3. Información Personal y Ocupacional

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Abandonado(a)

Si es Casado(a), fecha de matrimonio: _____ Lugar de Matrimonio: _____

La dirección actual de mi cónyuge, con quien no estoy viviendo, es: _____

¿Existe una orden judicial para manutención de menores? Si No

Arreglos de Vivienda: Alquilar Propio

Si alquila, nombre del arrendador: _____ Dirección: _____

¿Relacionado con el propietario? Si No Si está relacionado, relación con el propietario: _____

Servicio Militar: ¿Algún miembro de su familia tiene servicio militar actual o anterior?
 Si No En caso afirmativo, ¿quién tiene el servicio militar actual o anterior? _____

Fecha de Alistamiento: _____ Fecha que fue dado baja: _____ Número de Serie: _____

Si un miembro de la familia tiene servicio militar actual / anterior, él / ella:
 Recibe Compensación Ajustada no recibió Compensación Ajustada recibe pensión o otros ingresos tales servicios No recibe pensión u otro ingreso de tales servicios

Empleo anterior: Enumere el último empleador y dos empleadores a más largo plazo para el solicitante y cualquier otro miembro de la familia con antecedentes laborales.

Miembro de la Familia	Nombre y Dirección del Empleador	Tipo de Trabajo	Salario Mensual	Fecha de Inicio	Fecha Final	Motivo de Salida

Ingresos actuales y otra información financiera: Complete cada espacio en blanco, si no hay ninguno, escriba "Ninguno".

Recursos:

Fuentes	Persona que Recibe	Nombre y Dirección Del Empleador o Descripción Del Recurso	Cantidad Semanal
Empleo: Salario			
Empleo: Comisiones			
Ganancia De: Negocio			
Ganancia De: Empleo en Casa			
Ganancia De: Ventas			
Otro: (especificar)			

Asistencia Pública Y Beneficios Públicos Relacionados

Fuente	Persona que Recibe	Cantidad	Fuente	Persona que Recibe	Cantidad
TANF			RSDI		
AABD			Otro		
Asistencia General			Otro		

Otro Recurso en Efectivo

Fuentes	Nombre de La Persona	Cantidad	Fuentes	Nombre de La Persona	Cantidad
Dinero en Mano			Logias / Uniones		
Ahorros			Anualidades		



State of Illinois
 Department of Human Services
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Cuenta Bancaria			Pensión Alimenticia / Manutención Infantil		
Beneficios de Desempleo			Bienes / Órdenes Judiciales		
Compensación de Trabajadores			Amigos / Familiares		
Beneficios Para Veteranos			Bonos del Gobierno		
Otro Ingreso			Otros Ingresos		

Cuentas Bancarias En Poder de Cualquier Miembro de La Familia

Cuenta de Mienbro de la Familia	Nombre y Dirección Del Banco	Cantidad del Depósito o Fecha de el último Retiro

Cajas de Seguridad en Poder de Cualquier Miembro de la Familia

Caja de Miembro de La Familia	Ubicación de la Caja	Contenido

Propiedad Personal (es decir, valores, acciones, bonos, joyas, ganado) en Poder de Cualquier Miembro de a Familia

Propiedad De	Descripción	Valor de Venta Actual

Propiedades Inmobiliarias, en Todo o en Parte, de Cualquier Miembro de la Familia

Propietario Registrado	Dirección	Descripción	Valor Actual	Fecha de Compra	Fecha de Último Pago de Impuestos	Último Pago de Impuestos	Ingresos Mensuales Actuales

Vehículos y Equipo Agrícola Propiedad de Cualquier Miembro de la Familia

Propietario	Año	Marca	Modelo	Fecha de Compra	Número de Licencia	Año Emitido	Valor de Venta Actual



State of Illinois
 Department of Human Services
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Pólizas de Seguro de Vida, Vigentes o Vencidas, en Poder de Cualquier Miembro de la Familia

Persona Asegurada	Nombre de Empresa	Tipo de Poliza	Monto	Prima Mensual	Fecha Última Que La Prima Fue Pagada	Préstamos Hechos	
						Fecha	Monto

Beneficios Médicos, Hospitalarios, Quirúrgicos u Otros Beneficios de Salud Disponibles Para Cualquier Miembro de la Familia

Nombre de La Empresa	Tipo de Cobertura	Prima Anual

Entiendo que si quiero que otra persona solicite Asistencia General para mí, y tengo la capacidad física y mental para presentar una solicitud, debo proporcionar una declaración por escrito que autorice a la persona a solicitarla en mi nombre. La declaración debe incluir el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de la persona que me solicita. La declaración debe decir que todavía soy responsable de la información que la persona que me solicita da a la oficina local de Asistencia General. La declaración también debe decir que soy responsable de devolver los beneficios que se recibieron debido a información incorrecta o incompleta proporcionada por un representante aprobado.

Sin embargo, si la persona está demasiado enferma o no puede completar una solicitud mental o físicamente, el cónyuge, padre, hijo, hermano adulto u otro pariente deben presentar esta solicitud. Si no hay familiares, esta solicitud puede ser firmada por cualquier otra persona capaz de proporcionar la información necesaria con competencia razonable.

He leído esta solicitud de Asistencia General y declaro bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, la información suministrada en esta solicitud y todas las declaraciones adjuntas es verdadera y correcta, y que es una declaración completa de todos los ingresos, propiedades o recursos que me pertenecen a mí o a cualquier miembro de mi familia inmediata.

Estoy de acuerdo en notificar al Supervisor de Asistencia General sobre cualquier cambio que sea necesario, o sobre los recursos enumerados aquí, o cualquier ingreso o recurso nuevo o adicional. Además, autorizo a cualquier persona, banco, empresa, corporación, agente de transferencia, agencia, institución o al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar al Supervisor de Asistencia General cualquier información que pueda solicitarse en relación con cuentas, depósitos, inversiones, valores, beneficios de ingresos por discapacidad del sistema de ferrocarril, o negocios de cualquier tipo.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____ Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

Por la presente hago la Solicitud de Asistencia General en nombre de la persona nombrada a continuación y certifico que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en este documento es una declaración verdadera de sus ingresos, activos y recursos.

Solicitante: _____ Firma del Representante del Solicitante: _____

Zion Township

Hoja de Ingresos Mensuales Y Gastos del Hogar

Enumere los gastos e ingresos mensuales de su hogar según corresponda. No incluya donaciones caritativas o voluntarias (jubilación). Su administrador de casos lo ayudará según sea necesario.

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR	TOTAL
Vivienda (hipoteca, renta, impuesto mensual a la propiedad, seguro de casa/para inquilinos, cuotas y tarifas relacionadas con la vivienda)	\$
Comida (que tu pagas, no beneficios SNAP y suministros domésticos diversos, tales como: productos de limpieza, lavandería y cuidado personal)	\$
Factura de Gas (gasto mensual promedio)	\$
Factura de Electricidad (gasto mensual promedio)	\$
Factura del Agua /Basura (cargo total trimestral, dividido entre 3 por mes)	\$
Servicio de alcantarillado (cargo total trimestral, dividido entre 3 por mes)	\$
Factura de Teléfono (total de gastos mensuales de servicio de hogar y celular)	\$
Transporte (total del gasto de préstamo/arrendamiento, seguro del vehículo, gasolina, costo de transporte público, estacionamiento y casetas de pago del mes)	\$
Gastos medicos	\$
Cuidado de niños	\$
Pago de tarjeta(s) de credito	\$
Otras deudas/préstamos (préstamos estudiantiles, etc.)	\$
Otros gastos (por favor especifique)	\$
Total de Gastos Mensuales de Vivienda	\$

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	TOTAL
Ingresos netos del cheque	\$
Beneficio mensual de desempleo	\$
Cheque mensual de la Administración del Seguro Social (Retiro)	\$
Cheque mensual del Seguro de Incapacidad del Seguro Social	\$
Manutención de niños/Pensión Alimenticia	\$
Patrocinador/Persona Responsable Pago Mensual	\$
Otro: (por favor especifique)	\$
Total de Gastos Mensuales de Vivienda	\$

DINERO DISPONIBLE	TOTAL
Saldo bancario de hoy (menos cheques pendientes)	\$
Efectivo real	\$
Total de Dinero en Efectivo	\$

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL ADMINISTRADOR DE CASOS:

Total Income \$ _____ + Total Cash on Hand \$ _____ = \$ _____

Total from last line \$ _____ - Total Expenses \$ _____ = \$ _____



ZION TOWNSHIP

LEADERSHIP • ADVOCACY • RESOURCES

Cheri L. Neal - Supervisor

Consentimiento Para la Divulgación de Información

Por la presente, autorizo a divulgar toda la información al Municipio de Zion, que se considera necesario para completar el proceso de mi solicitud de asistencia y recibir asistencia del Municipio de Zion.

Además, el propósito de esta divulgación es evaluar mi necesidad de servicios y coordinar mi atención a través de la revisión y supervisión periódica de casos. Además, autorizo a transmitir por cualquier método, incluido el Servicio Postal de EE. UU., fax y copias por correo electrónico de los documentos que solicite el Supervisor y el personal de Asistencia General mencionados anteriormente.

Marque las agencias que desea autorizar la divulgación de información a Zion Township.

- Community Action of Lake County
- Catholic Charities
- Lake County Housing Authority
- Community Partners Affordable Housing of Lake County
- A Safe Place
- Social Security Office
- Lake County Job Center
- Illinois Department of Employment and Security
- NICASA
- PADS
- Department of Human Services
- Landlord
- Otra _____

Fecha el día _____ de _____, 20____

Nombre del Solicitante (*Imprime*) _____

Firma del Solicitante: _____

Dirección: _____

Zion, IL 60099

Teléfono: _____

Case Manager Signature _____

Case Manager Name: _____