



Servicios Sociales del Condado de Clark

Instrucciones para Personas Aplicando por Asistencia.

Complete la siguiente informacion
Firme la Certificacion y Consentimiento para Obtener Asistencia antes de ver al trabajador(a).

Procedimiento:

Devuelva este paquete incluyendo la forma para buscar trabajo y carta del propietario(arrendatario) cualquier dia laboral durante horas de oficina, que son las siguientes:

Oficina	Direccion	Dias	Horarios
Pinto	1600 Pinto Lane, Las Vegas Phone: 455-4270	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Community Resource Center	2432 N. Martin Luther King Blvd., North Las Vegas Phone: 455-7208	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Cambridge Annex Office	3885 S. Maryland Pkwy. Phone: 455-8639	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Cambridge	3900 Cambridge St., Suite 208, Las Vegas Phone: 455-8687	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Henderson	1291 Galleria Dr, Suite 170, Henderson, NV 89104	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Fertitta	1504 N. Main Street Las Vegas, Nv Phone: 455-1990	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.

Informacion General:

- No sabemos cuanto tiempo nos tome para poder atenderlo. Por favor venga preparado para esperar (traiga medicamentos, comida, formula de bebe, pañales etc.).
- Conteste todas las preguntas con la verdad, y provea todas la informacion requerida, si usted no lo hace, se le podria negar la asistencia.
- Traiga todas la documentacion necesarias para que usted no tenga que hacer viajes adicionales.
- Por favor notifique a la recepcionista si usted se siente enfermo.
- Llene las aplicaciones de trabajo solamente si existen plazas disponibles o seran disponibles en las proximas semanas. Empleadores potenciales seran llamados por telefono para verificar su aplicacion.
- Encuentre usted un lugar para vivir que incluya servicios. El propietario debera completar la forma de verificacion de residencia.
- El encargado(a) de su caso debera verificar su situacion de renta por telefono.
- Para recibir asistencia financiera se le podria pedir que participe en el programa de trabajo.



Servicios Sociales del Condado de Clark Informacion de su Hogar

Por favor complete esta forma de la mejor manera posible.
Toda informacion debera ser escrita con letra de molde de la forma mas clara posible.

1. Por favor complete la siguiente informacion sobre las personas que viven en su residencia, incluya a su conyuge aun cuando no viva con usted.

Nombre	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estado civil	Numero de seguro social	Relacion con usted	Vive con usted?
						yo mismo	
						conyuge	

Address _____ Phone #: _____

2. Por favor marque (✓) la clase de asistencia por la cual esta aplicando hoy:

Financiera	Medica	Transportacion	Otra (por favor especifique)
<input type="checkbox"/> Renta/Hipoteca <input type="checkbox"/> Utilidades	<input type="checkbox"/> Visita Clinica <input type="checkbox"/> Prescripciones <input type="checkbox"/> Cobro de Hospital	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Fuera del Estado	<hr/> <hr/> <hr/>

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Algun miembro de su hogar a prestado Servicio Militar en est pais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene usted cobros de hospital que no esten pagados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Algun miembro de su hogar a recibido sumas fuertes de dinero en los ultimos treinta-y-seis (36) meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Algun miembro de su hogar a vendido, intercambiado vehiculos, propiedades regalado dinero u otros recursos. Cancelado alguna cuenta de banco en los ultimos treinta-y-seis (36) meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. En donde a trabajado su conyuge en los ultimos tres (3) meses?

Domicilio del Empleador	Ocupacion	Cuanto le Pagan	Fecha en que Empezo a Trabajar	Fecha en que dejo de Trabajar

13. Lista de todos los miembros de su familia (padres, hermanos, hijos adultos) u otros que puedan ser contactados en caso de emergencia.

Nombre	Relacion con usted	Domicilio	Telefono

14. Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar cualquiera de los siguientes recursos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta De Ahorros | <input type="checkbox"/> Cuentas de Cheques |
| <input type="checkbox"/> Cuenta En Union de Credito | <input type="checkbox"/> Fondos para funerales |
| <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro | <input type="checkbox"/> Polizas de seguros de vida |
| <input type="checkbox"/> Vehiculo(s) | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a la mano |
| <input type="checkbox"/> Ahorros en la bolza de valores | <input type="checkbox"/> Fondos confiados (trust funds) |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilacion individual (IRA) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Keogh (401k) |
| <input type="checkbox"/> Certificados de deposito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros navideños |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de dinero Indigena Individuales (IIMM) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Otras casas, tierras o edificios | <input type="checkbox"/> Notas o contratos prometedores |
| <input type="checkbox"/> Herencias o Prestamo de vida | <input type="checkbox"/> Reclamacion de minas |
| <input type="checkbox"/> Derechos de tierra o minerales | <input type="checkbox"/> Caja de deposito Seguros |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques de negocio | <input type="checkbox"/> Equipo/Inventario de negocios |
| <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |



Servicios Sociales del Condado de Clark (CCSS)
Certificacion y consentimiento para compartir informacion

Con el mejor de mi conocimiento y bajo los castigos por perjurio yo declaro que toda informacion proveida por mi es verdadera y correcta y no vendere intercambiare, no dare mal uso o destruere intencionalmente cualquier material proveido o servicios otorgados hacia mi. Yo notificare a los Servicios Sociales del Condado de Clark (CCSS) en cuanto haya cambios en mis circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad para recibir asistencia.

Yo estoy enterado que si se me niega la asistencia yo puedo apelar esta decision. Tambien estoy enterado que si no proveo todas los documentos requeridos en un lapso de treinta (30) dias de a ver sometido esta aplicacion mi aplicacion sera cancelada.

Yo autorizo a (CCSS) para que haga cualquier investigacion concerniente a mi o cualquier miembro de mi hogar /unidad de servicio que sea necesario para determinar elegibilidad de qual quier beneficio que yo tenga o que recibire bajo los programas administrados por (CCSS).

Yo autorizo y doy mi consentimiento a cualquiera que tenga alguna o toda informacion concerniente a mi hogar/unidad de sevicio para que dicha informacion sea compartida de cualquier forma, sin limitaciones incluyedo informacion que sea considerada confidencial por la ley de otra manera la asistencia podra sera negada . Tabien autorizo a (CCSS) para que otorge cualquier informacion a otras agencias gubernamentales (locales, estatales, o federales) que sean necerarias para determinar mi/nuestra elegibilidad para obtener asistencia ya sea de (CCSS) o de otra agencia gubernamental. Yo libro de cualquier cargo al que tenga dicha informacion que pueda resultar al revelarse dicha informacion requerida. **UNA COPIA REPRODUCIDA DE ESTA AUTORIZACION LEGALMENTE CONSTITUYE UNA COPIA ORIGINAL**

_____	_____	_____	_____
Firma (cabeza del hogar)	Fecha	Firma (conyuge)	Fecha

TESTIGO : (solamente si el aplicante no puede leer, escribir y/o si es ciego)

Yo _____, testifico que la forma de certificacion y consentimiento para obtener informacion , le fue leida al aplicante y estuve de testigo cuado se firmaron.

_____	_____
Firma/Fecha	Domicilio