



Fecha de la cita: _____ Hora: _____

SERVICIOS HUMANOS DE ELKO COUNTY

571 Idaho Street (Mailing)
540 Court Street (Physical)
Elko, NV 89801

(775) 738-4375 Phone • (775) 738-5984 Fax

IMPORTANTE

- Proporcione a la oficina **toda la documentación requerida** en la fecha de su cita o antes.
- Llegue a su cita a tiempo, según lo programado; de lo contrario, puede ser reprogramado para una fecha posterior.
- Si no puede asistir a su cita, llame al menos con 30 minutos de anticipación para reprogramar o cancelar.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la oficina al (775) 738-4375.

Para evaluar su solicitud de asistencia, Elko County requiere que los solicitantes proporcionen la siguiente documentación acompañada de una solicitud debidamente llenada. Sin la información requerida, su solicitud no será procesada y puede resultar en la negación y/o terminación de beneficios o servicios.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Identificación de todos los miembros del hogar.
 - Adultos: identificación con foto y tarjeta de seguro social.
 - Niños menores de 16 años: certificado de nacimiento o tarjeta de seguro social.
- Verificación de todos los ingresos en los últimos 60 días de todos los miembros del hogar.
 - Talones de pago
 - Ingresos del Seguro Social (SSI, SDI, etc.)
 - Pensión alimenticia infantil /Conyugal
 - Jubilación/Pensión
 - Desempleo
 - Declaración de impuestos
 - Cualquier otra fuente de ingresos en los últimos 60 días.
- Estados de cuenta bancarios para todas las cuentas en los últimos 30 días.
- Prueba de todos los bienes.
 - Registro o título del vehículo.
 - Alquiler de propiedades, etc.
 - Acciones, bonos, anualidades, etc.
- Prueba de otra asistencia
 - SNAP, Medicaid, etc.
 - Vivienda conforme a la Sección 8
 - Programa de asistencia energética
- Contrato de arrendamiento / alquiler * o extracto de la hipoteca.
* (debe estar notariado si entra en vigencia después del 1 de julio de 2017)
- Copias de las facturas de servicios públicos más recientes, incluyendo electricidad, gas, agua, alcantarillado y basura.
- Otros documentos solicitados por el personal de Servicios Humanos.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA SOLICITANTES EN VIVIENDA ASISTIDA

- Formulario de admisión – llenado por la institución
- Informe de examen del médico: llenado por el médico.
- Prueba de pólizas de salud, vida y entierro



SERVICIOS HUMANOS DE ELKO COUNTY

571 Idaho Street (Mailing) • 540 Court Street (Physical)
 Elko, NV 89801
 (775) 738-4375 • (775) 738-5984

SOLICITUD DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Otros nombres utilizados: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección previa, si han pasado menos de 3 meses: _____

TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA

- ALQUILER SERVICIOS PÚBLICOS MEDICA VIVIENDA ASISTIDA

Si solicita asistencia de alquiler, nombre del propietario: _____

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre del miembro del hogar Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	# Seguro Social	Sexo		Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el jefe de familia	Sí o NO		Raza* use el código de abajo
		Femenino	Masculino				Discapa-citado	Veterano	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			YO			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

* Raza - A - asiática; B - negra o afroamericano; N - nativo americano; P - Isleño del Pacífico / Hawaiano; W - blanco; M - raza múltiple

¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente está embarazada? SÍ NO Fecha límite si puso si: _____

ASISTENCIA ACTUAL

¿Algún miembro del hogar recibe actualmente o ha solicitado la siguiente asistencia?

TIPO DE ASISTENCIA	CANTIDAD RECIBIDA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	PERSONA QUE RECIBE ASISTENCIA
SNAP (ESTAMPILLAS ALIMENTICIAS)				
PRODUCTOS INDIOS				
WIC				
MEDICAID				
MEDICARE				
NEVADA CHECK-UP				

¿Alguna vez ha recibido asistencia de los Servicios Humanos de Elko County? SÍ NO NO SÉ

En caso afirmativo, tipo de asistencia: _____ Fecha del servicio: _____

OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Tipo de familia

- Persona sola
- Familia con dos padres
- Familia monoparental (solo padre)
- Familia monoparental (solo madre)
- Dos adultos/sin niños
- Hogar de acogida temporal
- Otra _____

Situación matrimonial

- Nunca ha estado casado(a)
- Casado(a), que vive con el cónyuge
- Casado(a), que no vive con el cónyuge
- Viven juntos
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Otra _____

Situación de la vivienda

- Propia
- Alquilada
- Sin vivienda
- Otra _____

Transporte

- Vehículo privado
- Familiares/amigos/vecinos
- Transporte público
- Otra _____

¿Cuánto tiempo vive en su residencia actual? _____

Contacto de emergencia – Alguien que no forma parte del hogar

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

INGRESOS GANADOS

INGRESOS DEL HOGAR DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS		
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR	FUENTE	CANTIDAD
Ingresos mensuales totales por hogar		

EMPLEO ACTUAL

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR	EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	TIEMPO COMPLETO /MEDIO TIEMPO	PERMANENTE/ TEMPORAL	CÚANTO LE PAGAN	TÍTULO DEL TRABAJO

¿Cuántas horas ha trabajado en los últimos 30 días? _____

¿Con qué frecuencia le pagan / le pagaron? Semanal Quincenal Mensual Otro _____

HISTORIAL LABORAL - 12 MESES ANTERIORES

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR	EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TÍTULO DEL TRABAJO	PROM. HORAS POR SEMANA	RAZÓN SALIDA (SESADO, RENUNICA, DESPIDO)

¿Hay algún adulto actualmente matriculado en la universidad? Sí NO

En caso afirmativo, ¿Quién? _____ Nombre de la Universidad: _____

INGRESOS QUE NO SON EL RESULTADO DEL TRABAJO

TIPO DE INGRESO	CANTIDAD RECIBIDA	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	PERSONA QUE RECIBE LA ASISTENCIA
PENSIÓN ALIMENTICIA INFANTIL/ CONYUGAL				
SEGURO DE DESEMPLEO				
SEGURIDAD SOCIAL				
SSI / SSD				
EDUCACIÓN FUENTE: PERIODO CUBIERTO:				
SUBSIDIOS				
BENEFICIOS PARA LOS VETERANOS				
ASISTENCIA GENERAL PARA LA POB. INDIA				
PAGOS POR DISCAPACIDAD				
PENSIÓN DE JUBILACIÓN				
INTERESES (ACCIONES, BONOS, ETC.)				
INGRESOS POR ALQUILER				
HOSPEDAJES / INQUILINOS				
ASISTENCIA DE VIVIENDA DE BAJOS INGRESOS				
TANF				
DINERO DE LA FAMILIA/AMIGOS				

¿Recibe algún ingreso no mencionado de las fuentes anteriores? SI NO

Sí es afirmativo, explique: _____

OTROS BIENES O RECURSOS

¿Usted o algún miembro del hogar tiene alguno de los siguientes recursos o un firmante autorizado en alguno de ellos?

TIPO DE BIEN/RECURSO	DESCRIPCIÓN/NÚMERO DE CUENTA	VALOR	MIEMBRO DEL HOGAR RELACIONADO CON EL BIEN
EFFECTIVO			
TODAS LAS CUENTAS CORRIENTES			
TODAS LAS CUENTAS DE AHORRO			
TODAS LOS FIDEICOMISOS			
CAJA DE SEGURIDAD PRA DEPÓSITO			
BONOS DE AHORRO			
ACCIONES DE LA BOLSA			
CERTIFICADOS DE TIEMPO			
IRA, KEOGH, JUBILACIÓN			
PLAN FUNERARIO / SEGURO DE VIDA			
FONDO FIDUCIARIO DEL PACIENTE			
RECLAMACIONES PETRÓLERAS O MINERAS			
OTROS			

VEHÍCULOS

Enumere todos los vehículos, motocicletas, remolques, autocaravanas, botes, casas rodantes o vehículos todo terreno que usted o cualquier miembro de su hogar posea o esté en proceso de compra:

PROPIETARIO REGISTRADO	MARCA / MODELO / AÑO	VALOR	MONTO ADEUDADO

BIENES RAÍCES

¿Algún miembro del hogar está comprando propiedades? SÍ NO

En caso afirmativo, responda lo siguiente:

Propietario: _____ Ubicación: _____

Valor: _____ Monto adeudado: _____

¿Vendió alguna propiedad en los últimos 3 años? SÍ NO En caso afirmativo describa: _____

¿Algún miembro de la familia posee equipo, maquinaria o inventario para negocios? SÍ NO

En caso afirmativo describa: _____ Valor: _____ Monto adeudado: _____

¿Utiliza este equipo/propiedad para ganar dinero? SÍ NO

¿Algún miembro del hogar posee o arrienda ganado? SÍ NO

GASTOS MENSUALES

GASTO	EMPRESA / RECEPTOR DEL PAGO	MONTO MENSUAL
PENSIÓN ALIMENTICIA CONYUGAL/ INFANTIL		
CABLE / SATÉLITE		
PAGO DE VEHICULO		
GUARDERÍA		
TARJETAS DE CRÉDITO		
ELECTRICIDAD		
ELIMINACIÓN DE BASURA/ DESECHOS		
GASOLINA		
COMESTIBLES		
CALEFACCIÓN (GAS, PROPANO)		
SEGURO		
GASTOS MÉDICOS		
HIPOTECA / ALQUILER		
ALQUILER DE ESPACIO/ LOTE		
TELÉFONO O TELÉFONO CELULAR		
AGUA/ALCANTARILLADO		
IMPUESTO A LA PROPIEDAD		
OTRO		

Si vive con alguien que paga facturas del hogar, inclúyalas en la sección anterior. Esta cantidad se dividirá por la cantidad de miembros del hogar para determinar EL monto correspondiente.

SOLO PARA MEDICINA (COMPLETAR SI SOLICITA BENEFICIOS DE VIVIENDA ASISTIDA)

Complete la información a continuación para cualquier cobertura hospitalaria, médica, dental, oftalmológica, de medicamentos recetados o de accidentes que tenga a través de usted mismo o a través de cualquier otra persona, incluidos empleadores o sindicatos anteriores. Proporcione prueba de cada cobertura.

Nombre del asegurado: _____ Empresa aseguradora: _____

Número de póliza: _____ Número de Grupo: _____

¿Qué tipo de cobertura? _____ Fecha de vigencia: _____

Monto de la prima: _____ ¿Con qué frecuencia la paga? _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿Desea que alguien que no sea usted mismo, actúe en su nombre o tenga acceso a su información en lo que respecta a la asistencia a través de Elko County? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿Quién? _____ Número de teléfono: _____

FIRMA Y PROMESA DE CUMPLIMIENTO

Acepto proporcionar cualquier información que los Servicios Humanos de Elko County puedan requerir con respecto a esta solicitud. Además, acepto notificar a Servicios Humanos de Elko County sobre:

- Cualquier cambio de mis circunstancias.
- Cualquier transacción relacionada con bienes raíces o personales.
- Cambio en los ingresos u otras condiciones financieras.
- Cambio en la situación laboral de cualquier miembro del hogar.
- Matrimonio de cualquiera de los hijos, o nuevo matrimonio de cualquiera de los padres de los hijos.
- Cualquier cambio de información personal, incluida la dirección, el teléfono o la información de correo electrónico.
- Si un padre está ausente de la casa, cualquier información sobre su paradero o su regreso a casa.
- Cualquier otra información que pueda afectar mi solicitud de asistencia.

Entiendo que no cumplir con esta obligación constituye un acto de fraude. Juro o protesto solemnemente que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Entiendo que, para tomar una decisión, Elko County tiene **30 días a partir de la fecha de la recepción de mi solicitud y de toda la documentación de respaldo.**

Firma del solicitante	Fecha	Firma del cosolicitante	Fecha
-----------------------	-------	-------------------------	-------

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN / LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por la presente autorizo a los Servicios Humanos de Elko County a realizar cualquier investigación sobre mí y otros miembros de mi hogar, que pueda ser necesaria para determinar la elegibilidad para cualquier beneficio que haya recibido o pueda recibir en virtud de programas administrados por esta agencia. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el que posea información sobre mi persona o cualquier miembro del hogar, la divulgue a los Servicios Humanos de Elko County, independientemente de la forma del formulario, incluida, entre otras, la información que es confidencial por mandato de la ley o por otra razón; y la información confidencial del paciente según lo establecido en NRS 49.225; o cualquier otra disposición determinada por la ley o por otra razón. Por la presente libero de responsabilidad al poseedor de dicha información, si la hubiera, como resultado de la divulgación de la información requerida. Además, autorizo a la agencia a contactar a mi(s) empleador(es) para obtener información sobre salarios. Una copia que se reproduzca de esta solicitud y autorización, constituye legalmente una copia original.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del cosolicitante	Fecha
-----------------------	-------	-------------------------	-------

ACUERDO DE DEVOLUCIÓN

Aunque financieramente en este momento no puedo satisfacer mis necesidades, como el alquiler, servicios médicos o servicios básicos, solicito que Elko County me brinde asistencia, y acepto reembolsar al Condado en cuotas mensuales según lo acordado por mí persona y los Servicios Humanos de Elko County.

Si bien no siempre se requiere el reembolso, la devolución de estos servicios permitirá que se atienda a otras personas y familias adicionales.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del cosolicitante	Fecha
-----------------------	-------	-------------------------	-------