

**Solicitud De Asistencia Transitoria O Asistencia Ante Emergencias Del Programa
De Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)**

A. Información del Aplicante

Su Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Su Dirección Residencial (incluir número de apartamento)	Ciudad, Estado, Código Postal
Su Dirección Postal (si es diferente de su dirección residencial)	Ciudad, Estado, Código Postal
¿En qué ciudad o condado vive?	Dirección de Correo electrónico
Número de Teléfono Principal	Número de Teléfono Alternativo

¿Qué idioma se habla principalmente en su familia?

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Somali | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Kurdo | <input type="checkbox"/> Alemán | |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Haitiano-Criollo | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Japonés | |

Método principal de correspondencia

Si desea recibir mensajes de texto o correos electrónicos donde se le notifique que algunos avisos sobre beneficios se pueden acceder electrónicamente a través de CommonHelp (www.CommonHelp.Virginia.gov), seleccione una de las opciones a continuación. Registre un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que seleccione un método electrónico de preferencia para recibir la correspondencia, se utilizará para todos los programas en el caso para el cual haya realizado la solicitud. Si no desea recibir notificaciones por mensaje de texto ni correo electrónico, recibirá toda la correspondencia por escrito a través del servicio postal de los EE. UU. Si completa esta solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, toda la correspondencia que se dirija a usted será a través del correo. El solicitante se puede comunicar con el departamento local de servicios sociales para obtener más información sobre cómo cambiar el método de correspondencia.

- Mensaje de Texto Correo Electrónico Número de Teléfono Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

A. CUÉNTENOS ACERCA DE SU FAMILIA: Esta sección incluye información sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si usted no realiza la solicitud para esa persona. Puede dejar en blanco el número de Seguro Social si no realiza una solicitud de asistencia para la persona. Si en su hogar viven más de 5 personas y necesita más espacio para registrar a todos, infórmele a la agencia que necesita hojas adicionales.

1.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con usted	Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
Número del Seguro Social: _____	Asistencia Solicitada: <input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguna	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad, estado, país)	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca estuvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación? _____	
¿Esta Persona es Estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí , nombre de la escuela _____	Número de Registro de Extranjero: _____	
Grado Más Alto Completado: _____	Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm/dd/aaaa): _____/_____/_____	

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden. Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

2.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Relación con usted

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

Número del Seguro Social: _____

Asistencia Solicitada: Beneficios de SNAP TANF Ninguna

Género: Masculino Femenino

Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad, estado, país)

Estado Civil: Casado Nunca estuvo
 Separado Divorciado Viudo

¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? Si No Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación? _____

¿Esta Persona es Estudiante? Si No
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Grado Más Alto Completado: _____

Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm/dd/aaaa):
_____/_____/_____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden. Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

3.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Relación con usted

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

Número del Seguro Social: _____

Asistencia Solicitada: Beneficios de SNAP TANF Ninguna

Género: Masculino Femenino

Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad, estado, país)

Estado Civil: Casado Nunca estuvo
 Separated Divorciado Viudo

¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? Si No Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación? _____

¿Esta Persona es Estudiante? Si No
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Grado Más Alto Completado: _____

Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm/dd/aaaa):
_____/_____/_____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden. Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

4.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Relación con usted

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

Número del Seguro Social: _____

Asistencia Solicitada: Beneficios de SNAP TANF Ninguna

Género: Masculino Femenino

Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad, estado, país)

Estado Civil: Casado Nunca estuvo
 Separated Divorciado Viudo

¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? Si No Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación? _____

¿Esta Persona es Estudiante? Si No
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Grado Más Alto Completado: _____

Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm/dd/aaaa):
_____/_____/_____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden. Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

SI NO 1. ¿Alguna persona que vive en su familia recibirá ingresos este mes o espera recibirlos?

- a. Si la respuesta es SÍ, indique quién es esa persona. _____
- b. ¿Cuál es el ingreso total de su familia que recibió antes de las deducciones o que espera recibir? _____

SI NO 2. ¿Su familia tiene una emergencia relacionada con necesidades básicas (comida, refugio, artículos para el refugio, gastos médicos, gastos para el cuidado infantil o los costos asociados con la obtención o la mantención de un empleo, incluidos los costos de transporte)?:

SI NO 3. ¿Su familia ha experimentado la pérdida o la reducción de los ingresos (excepto el programa TANF/la asistencia en efectivo para los refugiados) en los seis meses previos a la fecha de la solicitud?:

- a. ¿Existe un atraso en la recepción de sus ingresos familiares que provoca la emergencia actual? (La recepción de los ingresos se debe programar para comenzar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de solicitud).
- Si la respuesta es SÍ, indique quién es esa persona. _____

SI NO 4. ¿Usted o alguna persona que vive con usted cuenta con los siguientes recursos? Si la respuesta es SÍ, explique:

- a. ¿Efectivo en mano? Si NO
- b. ¿Dinero en cuentas bancarias? Si NO
- Si la respuesta es SÍ en alguna de las opciones anteriores, indique quién es esa persona. _____
- c. ¿Monto disponible de agencias comunitarias u otros recursos? ? Si NO
- _____

SI NO 5. ¿Usted o alguna persona incluida en la solicitud violan la libertad bajo palabra o condicional, o son fugitivos para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es SÍ, explique:

Mediante mi firma a continuación, declaro que los miembros del hogar para los cuales solicito los beneficios de Solicitud de asistencia transitoria o asistencia ante emergencias del programa, son ciudadanos de EE. UU. o extranjeros en estado legal de inmigración. Declaro bajo pena de ley que toda la información en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si hay un reclamo de TANF, Solicitud de asistencia transitoria o asistencia ante emergencias del programa contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números del Seguro Social, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para la realización de acciones de cobro de reclamos.

Su firma o la firma o marca del representante autorizado

Fecha

Testigo de la marca o intérprete

Fecha