

CONDADO DE MARIN
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, SUBDIVISIÓN DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN
PROGRAMA DE AYUDA GENERAL

SOLICITUD DE AYUDA GENERAL			A SER LLENADO POR EL PERSONAL
Nombre			Fecha:
Fecha de Nacimiento			
Número de Seguro Social			Número de Caso:
Dirección			
Nro. Apartado Postal			
Ciudad, Código Postal			
Teléfono Diurno:			
Estatus de Residencia Actualmente resido en el Condado de Marin y pretendo seguir con mi residencia aquí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País):			
Estatus Migratorio o de Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense nacido en EEUU <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense nacido en el extranjero <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense # Extranjero: _____
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) Mencione a su cónyuge e hijos menores de 18 años que vivan con usted:			Patrocinado: _____
Situación de Vida: <input type="checkbox"/> Sin hogar afuera <input type="checkbox"/> Sin hogar en refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar, quedándose con alguien <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda propia Mencione todas las ciudades donde usted se queda:			
Contribución de Renta: ¿Está obligado(a) a pagar renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, cuánto: ¿Recibe vivienda a cambio de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibe renta o vivienda gratis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Activos Líquidos: <input type="checkbox"/> ¿Efectivo en mano? Cantidad: _____ ¿Tarjetas? Saldo: _____ <input type="checkbox"/> ¿Cuentas Bancarias? Mencione abajo			
<i>TIPO DE CUENTA</i>	<i>BANCO/COOPERATIVA DE CRÉDITO</i>	<i>NÚMERO DE CUENTA</i>	<i>SALDO</i>
Recursos/ Propiedad personal: incluya propiedades que le pertenezcan o en las que tenga un interés personal, incluso si actualmente no recibe compensación por ellas:			
<i>VEHÍCULOS (AÑO/MARCA)</i>	<i>SEGURO DE VIDA</i>	<i>BIENES RAÍCES</i>	

Activos:	
<input type="checkbox"/> Acciones/Bonos <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro (IRAs) <input type="checkbox"/> Anualidades <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios <input type="checkbox"/> Cuentas de Compensación Diferida <input type="checkbox"/> Herencias <input type="checkbox"/> Artículos de Propiedad Personal Valorados en >\$100	
¿Se está escondiendo/huyendo de la ley por un delito grave, intento de delito grave o una violación de libertad condicional/libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha servido en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está inscrito(a) en la escuela o está planeando inscribirse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha transferido o vendido alguna propiedad en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De ser sí, por favor explique:	

Ingresos e Ingresos Potenciales		
Mencione todos los ingresos y otros fondos que haya recibido este mes calendario . También mencione todos los ingresos que espere recibir en los siguientes 30 días , incluyendo donaciones y préstamos		
<i>FUENTE DE INGRESOS</i>	<i>FECHA DE RECEPCIÓN O PREVISTA</i>	<i>CANTIDAD</i>
		\$
		\$
¿Alguna vez ha solicitado, recibe o espera recibir alguno de los siguientes beneficios o pagos?		
<input type="checkbox"/> Jubilación o Discapacidad del Seguro Social <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> SSI/SSP <input type="checkbox"/> Demanda o Liquidación de Seguros <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Pago de otro Condado <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Estatal <input type="checkbox"/> Dineros tribales <input type="checkbox"/> Otro	
De ser sí, ¿cuánto ha recibido este mes calendario ?		\$
De ser sí, ¿cuánto espere recibir en los siguientes 30 días ?		\$

Reconozco que los pagos de Ayuda General son reembolsables. La determinación de la capacidad de hacer el reembolso se realizará luego de la terminación de la Ayuda General. Mi firma indica que toda la información anterior es verdadera. Además, entiendo que debo informar todos los cambios relacionados con esta información dentro de un plazo de diez (10) días luego de la ocurrencia.	
Firma o Marca del Solicitante	Fecha de Solicitud
Firma de la Persona que Asiste al Solicitante	Fecha de Solicitud
Firma de Trabajador de Elegibilidad	Fecha de Entrevista

Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades, previa solicitud.

120 N. REDWOOD DRIVE, P.O. Box 4160, SAN RAFAEL, CA 94913

TELÉFONO (415) 473-3450 • FAX (415) 473-3555 • TTY (415) 473-3344