

Asegúrese de cargar todos los documentos requeridos y estos formularios en su solicitud de Fastrack o se considerará incompleto y no se procesará.

- Por favor, espere hasta **90 días** para el procesamiento las solicitudes completas y algunos casos pueden demorar más dependiendo de la época del año y la cantidad de solicitudes que ya están en proceso.
- Usted sigue siendo responsable de pagar su factura hasta que su solicitud sea procesada y se le notifique.
- Esta solicitud es sólo para fines de selección y no garantiza su elegibilidad para recibir servicios. Los pagos se realizan a las empresas de servicios públicos en un plazo de 45 días a partir de la fecha del bono y están sujetos a disponibilidad de fondos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Solicitud completa incluyendo todos los documentos requeridos.
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar
- Comprobante de TODOS los ingresos DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS de cada miembro del hogar mayor de 18 años que trabaje o reciba asistencia. (Talones de cheques, Seguro Social/SSI, cartas de adjudicación incluidos los niños menores que reciben cualquier tipo de beneficio de SS incluidos) Las cartas deben ser de la Administración del Seguro Social y deben hacer referencia o estar fechadas para el año en curso, carta VA, desempleo, carta TANF, jubilación, pensión, pensión alimenticia, etc.
- Si algún miembro del hogar mayor de 18 años NO está recibiendo ningún ingreso, debe completar la Declaración de Ingresos adjunta.
- Prueba de ciudadanía e identidad de TODOS los miembros del hogar. ¡SIN EXCEPCIONES! (Si no tiene los formularios que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina local para obtener una lista de otros formularios aceptables).
 - ✓ Formularios de ciudadanía: copia certificada o certificado de nacimiento, pasaporte, certificado de naturalización o inscripción tribal de EE. UU. con foto, tarjeta de residencia permanente
 - ✓ Identidad: licencia de conducir o identificación emitida por el estado, tarjeta militar, tarjeta de delincuente estatal, identificación escolar actual (también se pueden aceptar vacunas o registros escolares para menores)
- Un historial de facturación de 12 meses de cada uno de sus proveedores de energía, incluso si no está recibiendo asistencia con todos ellos. (ELÉCTRICO, AGUA, GAS NATURAL Y/O PROPANO) NOTA: si tiene menos de 12 meses en su hogar, proporcione el historial de la mayor cantidad de meses posible.
- Sus facturas actuales y vencidas de electricidad y un aviso de desconexión, si corresponde.
- Su factura actual y/o vencida de agua/aguas residuales y aviso de desconexión si tiene montos vencidos con los que necesita ayuda.

Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios

<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica	<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica
---	--	--	---

Información de vivienda:				
Tipo	Casa privada ____	Mobile Home ____	Apartamento/Dúplex ____	Otro _____ # _____
Subvencional/Vivienda Pública?	Sí / No	Propia: ____	Sí ____ No ____	Hipoteca Mensual \$ _____
Renta:	____ Sí ____ No	Pago Mensual	\$ _____	Utilidades Incluidas en Alquiler? Sí / No
Previa Asistencia con Climatización?	Sí / No	Fecha Acompletada?	Fecha de Construcción de la casa:	

Información de utilidades:	
¿Su factura de luz o agua tiene un nombre diferente? Quién: _____ (Usted debe traer una carta de esta persona, si esta persona no es miembro del hogar, indicando que usted es responsable de la cuenta)	
Compañía Eléctrica: _____	Cuenta # _____ Calefacción ____ Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de agua: _____	Cuenta # _____ Calefacción ____ Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de Gas: _____	Cuenta # _____ Calefacción ____ Refrigeración ____ Ambos ____
Compañía de propane: _____	Cuenta # _____ Calefacción ____ Refrigeración ____ Ambos ____
Tipo de A/C:	<input type="checkbox"/> Central / <input type="checkbox"/> Enfriador Evaporativo / <input type="checkbox"/> Unidad de Ventana / <input type="checkbox"/> Ninguno
Tipo de Calefacción:	<input type="checkbox"/> Central / <input type="checkbox"/> Calentador de Espacio / <input type="checkbox"/> Horno de Pared / <input type="checkbox"/> Chimenea / <input type="checkbox"/> Estufa / <input type="checkbox"/> None

Funciona correctamente su A/C or calentador? Si No	Necesita reparación de A/C o calentador Si No
---	--

Información de Prioridad:	
1. ¿Alguna vez recibió servicios de Community Council of South Central Texas, Inc.	Sí / No
2. ¿Es alguna persona que vive en su hogar mayor de 14-24 que no va ala escuela o trabaja? Quién?	Sí / No

Información de Conflicto de Interés:	
¿Alguien en el hogar trabaja actualmente o tiene una relación con un empleado, agencia, consultor, funcionario o miembro de la junta de CCSCT para divulgar información y comprender que se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará ÚNICAMENTE para el propósito del programa? ¿Miembro de la Junta? Si es así, ¿quién y su título? _____	Sí / No

Coordinación de Casos	
¿Está dispuesto y puede obtener un trabajo, inscribirse en una capacitación laboral o participar en formas de aumentar S / N sus ingresos al participar activamente en el Programa de administración de casos de CCSCT? ¿Está dispuesto a comprometerse a realizar un seguimiento de las referencias, presentar los ingresos mensuales y reunirse con un administrador de casos al menos una vez al mes para completar con éxito el programa de administración de casos?	Sí / No

Reconocimiento y divulgación de información:	
Por la presente doy mi permiso para divulgar cualquier información y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad. Entiendo que una fotocopia o fax de este comunicado es tan válido como el original. También doy permiso a CCSCT, Programa de Servicios Comunitarios, para compartir, preguntar, hacer promesas y recibir toda la Información de otras agencias, proveedores de servicios públicos y empleadores, según sea necesario. Entiendo que puedo ser despedido por proporcionar información falsa, comportamiento amenazante, acoso sexual, abuso verbal, robo o violación de la política de armas de fuego de la CCSCT. Entiendo que si se cancela, no podré volver a presentar una solicitud durante 1-2 años.	
Solicitante para poner sus iniciales aquí: _____	

Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios

DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Cliente/Encuesta de Satisfacción del Cliente

Instrucciones: Necesitamos su colaboración para ayudar a mejorar nuestros servicios y planear para el futuro.

Marque la casilla para indicar qué servicio (s) recibió:

- Asistencia con Utilidades
 Climatización
 WIC
 Servicios de Educación
 Servicios de Empleo
 Asistencia con Renta
 Atención Individualizada
 Referencias
 Asistencia de Emergencia
 Otro _____

Indique el condado donde recibe los servicios: _____

	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo o Desacuerd o	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Cuando entré en el edificio, me saludaron y me sentí bienvenido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Las instalaciones estaban limpias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fui asistido de manera oportuna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me trataron con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mis necesidades fueron satisfechas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se me informo acerca de otros programas de CCSCT o servicios comunitarios que me podrían beneficiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. He encontrado el programa de servicio(s) útil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estoy satisfecho con mi experiencia en general y los servicios que recibí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Es probable que vuelva a utilizar los servicios del programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recomendaría CCSCT a familiares/amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estaría dispuesto a participar en un grupo de discusión para ayudar a CCSCT a continuar mejorando. (Incluya el nombre y el número de teléfono a continuación)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Comentarios/¿Cómo podemos servirle mejor? (Si no esta satisfecho, por favor díganos por qué).