

**SOLICITUD Y VERIFICACION PARA EL PROGRAMA DE CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES (EAS 46-425)**

NOMBRE			<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DEL CASO <small>TITLE XVI / WELFARE (ASISTENCIA PUBLICA)</small>	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION (NUMERO, CALLE, NUMERO DE DEPARTAMENTO, CIUDAD, CODIGO POSTAL)			NUMERO DE TELEFONO

1. a. ¿Recibe actualmente los beneficios del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) para las personas de edad avanzada, ciegas o incapacitadas? .....  Sí  No
- b. ¿Recibe actualmente los beneficios del Programa de Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS)?.....  Sí  No
- c. ¿Recibe actualmente los beneficios del Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)?.....  Sí  No
2. ¿Alguna vez ha recibido beneficios del Programa de Circunstancias Especiales? .....  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", ¿para qué y cuándo recibió los beneficios? \_\_\_\_\_

3. ¿Está usted casado(a)? .....  Sí  No
  - a. Si su respuesta es "Sí", ¿también recibe su esposa(o) los beneficios del SSI/SSP?.....  Sí  No
  - b. ¿Recibe su esposa(o) los beneficios de IHSS? .....  Sí  No
  - c. ¿Recibe su esposa(o) los beneficios de CAPI? .....  Sí  No

4. ¿Vive usted con otras personas? .....  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", anote el nombre e información de las personas con las que vive.

	Nombre	Número de Seguro Social	Edad	¿Recibe los beneficios de SSI/SSP y/o IHSS y/o CAPI?	
				Sí	No
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

5. ¿Está rentando la casa en donde vive? .....  Sí  No
6. ¿Es dueño de su casa?.....  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", anote el nombre de todas las personas que aparecen en el título de propiedad (*deed*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene una "herencia en vida" (*life estate*) para su casa? .....  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", anote el nombre de todas las personas que aparecen en el título de propiedad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Anote todos los bienes que usted o usted y su esposa(o) poseen los cuales son o se pueden convertir en dinero en efectivo, tales como cuentas de banco, acciones (*stocks*), y otras reservas de dinero en efectivo:

Artículo		Cantidad
_____	\$	_____
_____		_____
_____		_____

9. ¿Qué cantidad de los bienes que son o se pueden convertir en dinero en efectivo está designada para pagar lo siguiente?

		Cantidad
Impuesto sobre la propiedad .....	\$	_____
Seguro para la casa.....		_____
Fondos para entierro .....		_____
Bienes usados para un plan aprobado para mantenerse uno mismo .....		_____
Gastos médicos — por favor, explique .....		_____
_____		_____
Gravamen en contra de su casa — por favor, explique.....		_____
_____		_____

- a. Si usted ha sufrido una catástrofe, como un incendio, inundación o terremoto, ¿necesita dinero para reemplazar o reparar algo de lo siguiente?

Muebles/Equipo en el hogar

	Sí	No	Cantidad
Estufa para cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Calentador portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros muebles o equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Ropa</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Explique la naturaleza de la catástrofe \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- b. Si necesita asistencia para vivienda y/o reparaciones de aparatos domésticos esenciales, el costo de mudarse a otro lugar, asegurar el alquiler de una vivienda, comprar una casa, modificar su residencia o prevenir la terminación de sus derechos como deudor hipotecario en relación a la propiedad cubierta por la hipoteca (*foreclosure*), por favor complete esta sección:

Vivienda y/o reparación/reemplazo de artículos domésticos esenciales

- (1) ¿Su vivienda no es segura ni saludable?  Sí  No  
 ¿Necesita que se repare su vivienda?  Sí  No

¿Necesita que se repare/reemplace un artículo doméstico esencial?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cálculo aproximado del costo de la reparación/reemplazo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Reparaciones suplementales (La cantidad para la reparación/reemplazo de la vivienda y/o artículos domésticos esenciales en la sección (1) arriba tiene que ser más de \$300.)

- (2) ¿Necesita una reparación de la vivienda?  Sí  No

¿Necesita la reparación/reemplazo de un artículo doméstico esencial?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cálculo aproximado del costo de las reparaciones/reemplazo suplementales \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gastos para mudarse a otro lugar

- (3) ¿Se está mudando de su vivienda actual?

Sí  No

¿Lo han desalojado de su vivienda?  Sí  No

Motivo del desalojamiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Su vivienda no es segura ni saludable?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cálculo aproximado del costo de mudarse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gastos suplementales para mudarse a otro lugar (Los gastos para mudarse en la sección (3) arriba tienen que ser más de \$200 para una persona o más de \$300 para 2 o más personas.)

- (4) ¿Tiene un gasto suplemental para mudarse a otro lugar?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cálculo aproximado del costo suplemental para mudarse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Costo para asegurar el alquiler de una vivienda

- (5) ¿Se está mudando a una vivienda alquilada?

Sí  No

Si su respuesta es "Sí", anote el costo (si existe alguno) de lo siguiente:

Depósitos para los servicios públicos y municipales \$ \_\_\_\_\_

Cuota del alquiler \$ \_\_\_\_\_

Cuotas de limpieza y/o depósitos de seguridad \$ \_\_\_\_\_

¿Ha pagado algo del alquiler usando sus beneficios del mes actual? (es decir, SSI/SSP, IHSS, CAPI)

Sí  No

Si su respuesta es "Sí", anote la cantidad que pagó \$ \_\_\_\_\_

**.44 NO SE EMITIRA UN PAGO PARA GASTOS QUE NO HAYAN TENIDO UNA AUTORIZACION PREVIA DEL CONDADO, A MENOS QUE LA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL SEA UNA EMERGENCIA.**

Compra de una casa

(6) ¿Está comprando una casa?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", anote el costo (si existe alguno) de lo siguiente:

Enganche (down payment) \$ \_\_\_\_\_

Costos para cerrar la transacción \$ \_\_\_\_\_

Cuotas por bienes raíces \$ \_\_\_\_\_

Otros costos (explique) \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modificación de la casa

(7) ¿Necesita modificar su casa?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted no es el dueño de la casa donde vive, ¿tiene autorización para que se lleve a cabo la modificación?

Sí  No

Pago para prevenir la terminación de sus derechos como deudor hipotecario en relación a la propiedad cubierta por la hipoteca (foreclosure)

(8) ¿Tiene un gravamen en contra de su propiedad el cual ocasionará la terminación de sus derechos como deudor hipotecario en relación a la propiedad cubierta por la hipoteca?

Sí  No

Si su respuesta es "Sí", explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted (o su esposa[o]) tiene 62 años de edad o más, ¿ya presentó el formulario para el aplazamiento de sus impuestos sobre la propiedad, conocido en inglés como "Property Tax Deferral", para que le aplacen los impuestos de su casa?

Sí  No

**CERTIFICACION**

*Estoy de acuerdo en notificarle inmediatamente al departamento de bienestar público si hay algún cambio en las fuentes o cantidades de bienes que son o se pueden convertir en dinero en efectivo, o cualquier cambio de dirección o situación/arreglo de vivienda.*

*Entiendo que se requieren pruebas de mis declaraciones en este formulario y que cada declaración está sujeta a investigación y verificación y que mi firma autoriza a que se lleven a cabo dichas investigaciones.*

**Declaro bajo pena de perjurio, y estoy sujeto a que se me enjuicie por un crimen de perjurio de acuerdo al código penal, que las declaraciones que contiene este formulario son verdaderas y correctas. (La declaración bajo pena de perjurio aplica a cada una de las personas que firmen este formulario, excepto si actúan como testigos.)**

FIRMA DEL SOLICITANTE (SI USA UNA MARCA, UN TESTIGO TIENE QUE FIRMAR ABAJO)	FECHA EN QUE SE FIRMO	LUGAR EN DONDE SE FIRMO (CONDADO)
ESPOSA(O) U EL OTRO PADRE (SI ES QUE VIVE EN EL HOGAR)	FIRMA DEL TESTIGO	

**Firma de la persona que completa este formulario a nombre del solicitante (si tiene un tutor legal, él [o ella] tiene que firmar).**

**Declaro bajo pena de perjurio, y estoy sujeto a que se me enjuicie por un crimen de perjurio de acuerdo al código penal, que las declaraciones que contiene este formulario son verdaderas y correctas. (La declaración bajo pena de perjurio aplica a cada una de las personas que firmen este formulario, excepto si actúan como testigos.)**

FIRMA	FECHA EN QUE SE FIRMO	LUGAR EN DONDE SE FIRMO (CONDADO)
DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	RELACION/PARENTESCO CON EL SOLICITANTE (TUTOR LEGAL, HIJO, HIJA, ESPOSA, AMISTAD, REPRESENTANTE AUTORIZADO, ETC.)

**NO ESCRIBA NADA A CONTINUACION - SOLO PARA USO DEL CONDADO**

**CURRENT SSP STATUS:** Eligible this month  Yes  No

**CURRENT IHSS STATUS:** Eligible this month  Yes  No

**CURRENT CAPI STATUS:** Eligible this month  Yes  No

**VERIFICATION OF ELIGIBILITY:** Source of Verification  SDX  SSA  County Records  MEDS

1. Description and documentation of need: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Gross amount of needs:	ITEM	AMOUNT
_____		\$ _____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
	Total gross amount of needs:	\$ _____

Less available liquid assets:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Balance of needs ..... \$ \_\_\_\_\_

3. a.  Approved in amount of \$ \_\_\_\_\_ Effective \_\_\_\_\_
- b.  Disapproved, Basis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- c.  Disapproved, other (withdrawn, death, cancellation): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- d.  Disapproved, No SCP funds: \_\_\_\_\_

4. If approved, did this Special Circumstances Program benefit keep the recipient out of an institution?:  Yes  No

DATE	ELIGIBILITY WORKER NAME	TELEPHONE	NOTIFIED CLIENT ON	PRIOR AUTHORIZATION FORM TO CLIENT ON
DATE OF REVIEW	ELIGIBILITY SUPERVISOR	APPROVED: DISAPPROVED:		