SOLICITUD PARA PAGO POR NECESIDAD INMEDIATA

Instrucciones:
- *Conteste las preguntas a continuación. Adjunte prueba de desalojamiento o notificaciones sobre la terminación de servicios públicos y municipales.*
- *Tiene derecho a completar este formulario usted mismo o puede pedir a alguien que le ayude.*

Nombre	Número del caso (si lo sabe)	Fecha de la solicitud (si la sabe)
Número del Seguro Social	Número de trabajador (si lo sabe)	Condado donde se presentó la solicitud

Oficina donde se presentó la solicitud (Dirección - número, calle, y ciudad)

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Ha recibido una notificación de desalojamiento o una notificación para que pague o desocupe?			5. ¿Necesita ropa esencial, incluyendo pañales o ropa necesaria para clima frío?		
2. ¿Han desconectado sus servicios?			6. ¿Necesita ayuda relacionada con el transporte para obtener comida, ropa, cuidado médico u otra emergencia?		
3. ¿Ha recibido aviso de desconección?					
4. ¿Se le acabará la comida en tres días o menos?			7. ¿Tiene otra clase de emergencia que pone en peligro su salud o seguridad? Si contesta "SI", explique:		

8. ¿Tiene alguno de los siguientes recursos? (Marque "SI" o "NO" para cada uno. Si marca "SI", indique la cantidad.)

Recurso	SI	NO	Cantidad/Valor	Recurso	SI	NO	Cantidad/Valor
Dinero en efectivo			$	Cuentas con la Unión de Crédito			$
Cuentas de cheques o de ahorros			$	Otro (explique):			
Acciones o bonos			$				$

CERTIFICACION

- *Entiendo que tengo derecho a completar este formulario yo mismo o puedo pedir a alguién que me ayude.*
- *Entiendo y convengo en reunir ciertos requisitos de elegibilidad, y es posible que se me pida que cumpla con algunos de ellos antes que el condado me otorgue un pago por necesidad inmediata, por ejemplo: dar números del Seguro Social, aceptar cualesquier ingresos que pudieran estar a mi disposición, y convenir en cooperar con la Oficina del Fiscal del Distrito/División para el Mantenimiento y Apoyo de Familias con respecto al mantenimiento de hijos/esposa(o) y mantenimiento en relación al cuidado de la salud.*
- *Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que las declaraciones que he hecho en este formulario son verdaderas y correctas.*

Firma (o marca) del solicitante	Fecha
Firma del testigo a la marca	Fecha

Comentarios:

County Use Only

Date Received:

Applicant has been determined:

☐ To be apparently eligible for CalWORKs

☐ To be in Immediate Need due to:
- ☐ Eviction Notice
- ☐ Utility Shut-off
- ☐ Utility Shut-off Notice
- ☐ Food
- ☐ Other:

☐ Not to be in Immediate Need. Denial Notice provided

☐ To be eligible for CalWORKs Regular Aid payment

☐ To be ineligible for CalWORKs

Need met by:

☐ Resource agency
- ☐ Applicant informed to return to CWD if need not met

☐ IN Payment

In cases of Eviction applicant has chosen an:
- ☐ Immediate Need payment
- ☐ Expedited CalWORKs Payment

☐ Applicant requested CWD to complete form

By_____ (Initial)