



Centro de Ayuda de Caridades Católicas

Aplicación para Ayuda Financiera

FOR OFFICE USE ONLY

Date received _____
Staff _____
How _____
 Eligible Ineligible
Ineligible Reason# _____

Caridades Católicas tiene una cantidad limitada de fondos para distribuir cada mes. No todos los aplicantes que aplican y califican para la ayuda financiera recibirán ayuda. Aplicaciones completas serán seleccionadas al azar hasta que los fondos ya no estén disponibles.

ESTA SOLICITUD NO ES UNA GARANTÍA DE LA ASISTENCIA

Quando aplicar:

Nosotros solamente aceptamos aplicaciones entre el 1 y 7 de cada mes.
Aplicaciones tarde y/o temprano **NO SERAN ACEPTADAS!**

Cómo aplicar:

Regrese la aplicación completa y todas las copias a:

437 N Topeka Wichita, KS 67202

Fax: (316) 262-5356

*Enviada por correo o fax: debe tener el sello de correo entre el 1 y 7 del mes.

* Si usted la va a dejar: debe ser dejada en la caja del cliente en la puerta principal antes de las 5 PM el día 7.

Aplicaciones que no cumplan con los requisitos siguientes no serán procesadas.

- Caridades Católicas **no** hará copias de estos documentos; estas deben ser hechas por el aplicante. (Dillon's y la Biblioteca Publica de Wichita tienen fotocopiadoras)

FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Identificación con foto del aplicante
- Identificación de **todos** las personas adicionales que viven en su casa incluyendo una de las siguientes:
 - ❖ Kansas ID/Licencia de Conducir Q
 - ❖ Tarjeta de Seguro Social Q
 - ❖ Certificado de nacimiento
- Si usted esta solicitando:
 - ❖ Asistencia con su renta
 - Nota del propietario con su nombre
 - ❖ Asistencia con las Utilidades
 - Copia de Factura **actual** con el nombre de un adulto que vive en la casa
- Numero de telefono actual
- Prueba de ingresos por los ultimos **30 dias**
 - Empleo (copia de talones de cheque)
 - SSI/SSDI (carta)
 - Asistencia de dinero en efectivo (carta)
 - Estampillas de comida (carta)
 - Mantenimiento de niño/conyugal (cheque o prueba de deposito)
 - Discapacidad (carta)
 - Desempleo (carta o estado del banco)

NOTA: Debido a los fondos limitados, pagos de renta o utilidades excesivamente grandes no serán **elegibles**. Asistencia financiera con su renta o utilidad sólo será una porción del pago debido.

Individuos o familias sólo pueden tener acceso a Ayuda Financiera por medio de Caridades Católicas una vez dentro de un período de 12 meses o cuatro veces en la vida.

Si usted ya ha recibido ayuda financiera de Caridades Católicas dentro de los últimos 12 meses o cuatro veces en su vida, usted **no** es elegible.



NO LLAME para averiguar la condición de su aplicación. Le notificaremos cuando su documentación haya sido verificada y procesada.



NOTA: Todos los documentos sometidos en esta aplicación serán destruidos después de 90 días y no serán regresados por ninguna razón.

****NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR****

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| Usted ha estado en Caridades Catolicas antes? | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha de hoy: |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------|

Como escucho de nuestro programa?

Informacion del hogar (liste todos los que viven en su casa-coloque otra informacion si es nesesario)

| Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Seguro Social | Genero | Raza | Relacion a usted | Estado matrimonial | Estado de Empleo ** |
|--------|----------|---------------------|---------------|---|------|------------------|--------------------|---------------------|
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Personal | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | | | |

*** Estado matrimonial:** S (Solteros), C (Casados), D (Divorciados), Sep (Separados), V/P (Viviendo como pareja), C/C (Compartiendo el cuarto con alguien), CL (Casados por la Ley Comun), V (Viudo(a))

***Estado de Empleo:** TC (Empleado Tiempo-completo), MT (Empleado Medio-tiempo), D (Desempleado por 90 días o menos), D (Desempleado por mas de 90 días), D (D)Desabilitado, R (Retirado-a), E (Estudiante), AC (Ama de Casa), LO (Despedido por lo menos 90 días), EP (Empleo Propio)

Informacion para contactar de su casa

| | |
|------------|-----------------------------|
| Direccion: | Telefono Principal #: () - |
| Ciudad: | Codigo Postal: |

Nosotros lo contactaremos por telefono pero aplicaciones sin numero telefonico no son elegibles.

Que asistencia financier usted necesita?

Renta Agua

Electricidad Gas

Por que usted necesita asistencia con estos pagos? (Marque todos los que aplican)

Perdida de Empleo Fecha: ___/___/___
 Explique: _____

Perdida de Beneficios Fecha:___/___/___
 Explique: _____

Nuevo en la Ciudad Fecha:___/___/___
 Explique: _____

Enfermedad/Lastimado (a) Fecha:___/___/___
 Explique: _____

Otro Fecha:___/___/___
 Explique: _____

Por favor coloque formas adicionales si es necesario.

Ingresos de la Casa

Ingresos de su Empleo– incluyendo copias de talones de cheque por los ultimos 30 dias

| <u>Nombre del Empleador</u> | <u>Nombre del Miembro de Familia</u> | <u>Aumento Mensual</u> |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| | | \$ |
| | | \$ |

Otros Ingresos – Marque todos los que aplican incluyendo copias de esos ingresos

| <u>Fuentes de Ingreso</u> | <u>Nombre del Miembro de Familia</u> | <u>Aumento Mensual</u> | <u>Fuentes de Ingreso</u> | <u>Nombre del Miembro de Familia</u> | <u>Aumento Mensual</u> |
|--|--------------------------------------|------------------------|--|--------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> SSI | | \$ | <input type="checkbox"/> Retiro | | \$ |
| <input type="checkbox"/> SSDI | | \$ | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de niño | | \$ |
| <input type="checkbox"/> TANF | | \$ | <input type="checkbox"/> Asistencia General | | \$ |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | | \$ | <input type="checkbox"/> Otro | | \$ |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida | | \$ | | | \$ |

Gastos de la Casa

| Gastos Mensuales | Gastos Regulares Mensuales |
|--|-----------------------------------|
| Renta/Pago de Casa | \$ |
| Electricidad | \$ |
| Gas | \$ |
| Agua | \$ |
| Telefono | \$ |
| Pago de Auto | \$ |
| Aseguransa de Auto | \$ |
| Cable/Satelite TV | \$ |
| Recreacion (loteria, cigarillos, regalos, peliculas, cine, viajes, etc.) | \$ |
| Transportacion (gasolina,tarifas de autobuses, taxi) | \$ |
| Comida (incluyendo estampillas de comida) | \$ |
| Gastos medicos (doctor, prescripciones, medicinas etc.) | \$ |
| Productos para la limpieza de la casa | \$ |
| Ropa (Incluyendo Pañales) | \$ |
| Compras con credito(Tarjetas de Credito, Aparatos Domesticos, etc.) | \$ |
| Servicio de Basura | \$ |
| Aseguranza Medica | \$ |
| Costos de Escuela(Colegiatura, Utiles Escolares) | \$ |
| Necesidades Personales(Productos de higiene personal) | \$ |
| Guarderia | \$ |
| Otros | \$ |

Uso Exclusivo de la Agencia

| | |
|--------------------------------|----------|
| Igreso Total de la Casa | \$ _____ |
| Gastos totales de la Casa..... | \$ _____ |
| Balance neto de la Casa..... | \$ _____ |

Centro de Ayuda de Caridades Catolicas

Derechos y Responsabilidades del Cliente

DERECHOS DE LOS QUE SERVIMOS:

EL Centro de Ayuda de Caridades Catolicas (CACC) provee asistencia de comida y financiera mientras los fondos esten disponibles. Las personas que servimos (los clientes de CACC) tienen que cumplir con las lineas de guía para asistencia.

RESPONSIBILIDADES DE LOS QUE SERVIMOS:

Los servicios no seran proveidos aquellos que falten el respeto a otros clientes o trabajadores, aquellos que usen mal language, o aquellos que se nieguen a proveer la informacion necesaria para recibir los servicios. Informacion proveeida por los clientes para servicios tiene que ser verdadera y correcta. Clientes nuevos son animados a entrevistarse con un representante de SRS para ver si alguno de los programas de SRS sera beneficiables.

HORAS Y DIAS DE SERVICIO PARA DESPENSA DE COMIDA:

Lunes a Viernes – 9:00 AM a 12:00 PM (mediodía) Miércoles – 3:00 PM a 6:00 PM

Manejo de Caso

Caridades Catolicas tiene programas en el Centro de Ayuda en manejos de caso para individuos y familias con varias necesidades que incluyen: asesoria, referencias, presupuestos y otras instrucciones de habilidades de vida. Los manejos de caso son solo por cita. Los horarios de cita son de Lunes a Viernes de 8:30 AM hasta a las 12:00 PM y de 1:30 PM hasta las 5:00 PM.

INFORMACION REQUERIDA PARA LOS QUE SERVIMOS:

1. Identificacion con fotografia de la persona que esta solicitando asistencia.
2. Prueba de identificacion de todas las otras personas que viven en su casa por los cuales usted quiere recibir comida o asistencia financiera (Identificaciones aceptadas incluyen: Licencia de conducir, Targeta de Seguro Social, Certificado de Nacimiento o cartilla de vacunas).
3. *Aplicaciones para asistencia de comida solamente:* Comprobante de domicilio (Algo con su direccion actual y su nombre correcto, asi como un contrato, factura de utilidades, balance de su cuenta de banco u otra pieza de correo).
4. *Aplicaciones para asistencia financiera solamente:* Copias de sus facturas de utilidades actuales, una noticia de desconecion reciente o prueba de evacuacion de la persona que le renta.
5. *Aplicaciones para asistencia financiera solamente:* Prueba de ingresos por los ultimos 30 dias, mostrando que los ingresos son menos de el 150% de el nivel de pobreza. Ejemplos de documentos aceptados incluyen: los talones de cheque mas recientes, comprobantes de SSI/SSDI, comprobantes de asistencia de gobierno, comprobantes de cuenta de de cheques y/o haorros.

Las lineas de guía son utilizadas para decidir que tipo de ayuda se dara. CACC no discrimina en base a: raza, color, religion, origen nacional, genero, orientacion sexual o discapacidades en estas decisiones.

Clientes servidos por El Centro de Ayuda de Caridades Catolicas tienen el derecho de ser tratados con respeto y dignidad. Informacion sera dada acerca de los servicios proveidos, otras opciones para recibir servicios, y consecuencias si los clientes se niegan a los servicios de CACC. Los servicios son voluntarios y el cliente tiene el derecho a negar de nuestros servicios si desea. CACC tambien tiene el derecho a negar los servicios. Los clientes pueden recibir nuestros servicios despues si aun lo desean.

Cada persona, cada miembro de familia o guardian quiza tiene la voz en la decision de recibir servicios. Ayuda no es brindada a menores de edad al menos que los padres o guardianes esten de acuerdo. CACC respeta la cultura especial y las necesidades de comunicacion del cliente. Informacion escrita es proveeida en Español e Ingles. Trabajadores y voluntaries ofrecen ayuda a los clientes ayudandolos a entender los derechos de como recibir servicios.

Quejas , reclamaciones acerca de un servicio negado seran referidos al director de el Centro de Ayuda de Caridades Catolicas. Si no es resuelto el director de el programa respondera en este problema. Si aun asi no se resuelve, El Director Ejecutivo de Caridades Catolicas hara la decision final. Quejas respecto a bolsas de comida tienen que ser resueltas el día en que la recibio.

FIRMA Y AUTORIZACION DE INFORMACION:

Yo he revisado y entendido los derechos y responsabilidades. Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales y Rehabilitacion (SRS) por medio de sus empleados intercambiar informacion en mi expediente, lo cual tiene que ver con mi aplicacion para beneficios a trabajadores de Caridades Catolicas. Yo tambien autorizo a trabajadores de Caridades Catolicas proveer informacion al SRS perteniente a los servicios que he recibido. Yo autorizo al los empleados de el Centro de Ayuda de Caridades Catolicas y a sus representativos contactar a mi compania de utilidades y a la persona que me renta, facilitar el pago de mis facturas.

Yo entiendo que he recibido una copia de la noticia de privacidad de Caridades Catolicas que se efectuo el 14 de Abril, 2003.

Yo certifico que mis respuestas en esta aplicacion son verdaderas y completas segun mis conocimientos. Yo entiendo que falsa o engañosa informacion en mi aplicacion o entrevista resultara la negacion de cualquier servicio y puede ser sometida a accion legal.

Firma: _____

Fecha: _____

Centro de Ayuda de Caridades Catolicas
437 N. Topeka
Wichita, KS 67202
FAX: (316) 262-5356