

## HOJA DE TRABAJO DEL SOLICITANTE

Date Application Printed: \_\_\_\_\_

HSS CASE NUMBER: \_\_\_\_\_

Online Screening Location: \_\_\_\_\_

Online Screening ID #: \_\_\_\_\_

Favor de completar la siguiente información. Escriba los nombres de **todos** los que viven en su hogar. Comience con la cabeza de hogar, luego co-solicitante, sus niños (de mayor a menor) y luego todos los demás que viven con usted. **Favor de usar letra de molde.**

Nombre Legal Apellido, Nombre	E D A D	# Seguro Social xxx-xx-xxxx	# de Identificación de inmigración	Fecha de Nacimiento xx/xx/xxxx	Relación con usted	S e x o	E T N I A	R A Z A	Ciudad ano Nacido en EU Sí/No	Lugar de Nacimiento (EU u otro país)	Educaci ón (Grado)	Vete rano Sí/No	Incapac itado Sí/No

RAZA: Blanco, Negro/Afro Americano, Indio Americano, Asiático/Islas del Pacífico, Otro

ETNIA: Hispano, No-Hispano

Apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Haga un circulo alrededor de su estado civil: (Casado(a)) (Divorciado(a)) (Separado(a)) (Viudo(a)) (Soltero(a))

Dirección residencial (Calle, Ciudad, Estado y Zona postal): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal (Calle/Apartado Postal, Ciudad, Estado y Zona Postal): \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número Alterno Del Contacto: \_\_\_\_\_

¿Qué clase de ayuda necesita usted? \_\_\_\_\_

(for office use only)

Case Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

HSS#12 (revised 05/17/07)



Fuentes de Ingresos	Sí/No	Cantidad neta mensual	Health Insurance Coverage	Activo Sí/No
Salarios			Medicaid	
Otros trabajos			Medicaid compartiendo los gastos (Medico indigente)	
Auto empleo			Florida KidCare	
			Seguro medico mayor	
TANF			HMO	
Seguro Social			Medicare o Medicare HMO	
Seguro Social suplementario			Servicios médicos a veteranos o Champus	
Worker's Comp			Cubierta debido a una resolución legal	
Desempleo			Worker's Comp para heridas o enfermedad	
Pension alimenticia			Other Coverage, Cancer Policy / Supplemental Disability Policy	
Pensión alimenticia a niños				
Renters / Boarders				<b>Pendiente</b>
Pensión, incapacidad o retiro			<b>Solicitud pendiente para:</b>	<b>Sí/No</b>
Cuenta de fideicomiso / Herencia			Seguro Social (Beneficios de retiro)	
Subvenciones educativas			Seguro Social (Beneficios de incapacidad o suplementarios)	
Dinero de parte de otros miembros de la familia			Pensión o incapacidad por Veteranos	
Otras fuentes (explique)			Departamento de niños y familias	
			Florida KidCare	
<b>Subtotal</b>			Compensación por desempleo	
Menos deducciones ordenadas por las cortes			Victima de crímenes	
<b>Total ingresos estimado</b>			Demandas o resolución legal pendiente con un abogado	
<b>Activos y posesiones</b>				
	<b>Sí/No</b>	<b>Valor</b>	<b>Cantidad Desconocida</b>	
Cuenta de cheques/Ahorros / Credit Union				
Certificados de depósito / Money Market / Compensación diferida /Cuentas de retiro individual/ acciones/bonos				<input type="checkbox"/>
Propiedad que no es la suya				<input type="checkbox"/>
Más de un vehículo de motor, vehículo de recreación, botes, motocicletas				<input type="checkbox"/>
Seguro de vida con valor de préstamo				<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b>				
<b>Total estimado de activos</b>				

(for office use only)

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

2/3



Complete la información siguiente:	
¿Recibe usted cupones de alimentos?	Sí / No      Cantidad: \$ _____
Estado de viviendas (marque uno)	<input type="checkbox"/> Dueño(a) de casa <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vive con familia o amigos <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes <input type="checkbox"/> ALF <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Confinado en un lugar de tratamiento
	Pago mensual de hipoteca o alquiler: \$ _____
Lenguaje primario (marque uno)	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Alguno de estos le aplica a usted?	<input type="checkbox"/> Trabajador emigrante <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajador por épocas <input type="checkbox"/> No se aplica
Participa usted del programa de Sección 8, o de la Autoridad de vivienda de Tampa o Plant City?	Sí / No
¿Certificado por una agencia como persona sin hogar?	Sí / No    (Remisión de una agencia sin hogar)
¿Podría tener necesidades especiales durante un desastre?	Sí / No
¿Necesita transportación a un refugio de desastres?	Sí / No
¿Utiliza los servicios del Departamento de Salud?	Sí / No
¿Está activo con Job Services of Florida o Workforce?	Sí / No
¿Insurance available from employer you cannot afford?	Sí / No
¿Está activo con el programa SHARE (Alimentos o electricidad)?	Sí / No

Certifico que la información que he ofrecido es verdadera y correcta. Entiendo que existe una ley que impone multas y cárcel a cualquier persona que oculte información o provea información falsa o reciba servicios que no le corresponden. Entiendo que soy responsable de cooperar y asistir en todo lo necesario para determinar mi elegibilidad. Devolveré la información requerida y si mi solicitud s aprobada, mantendré informado al trabajador asignado sobre mi dirección actual y cambios en la composición de mi hogar, reportar cambios en ingresos, activos y recibo de dinero. También entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Sociales pueden verificar la información en esta solicitud con el propósito de documentar y determinar los servicios para los cuales yo podría cualificar.

**Haga una marca en los cuadros siguientes para certificar su solicitud.**

Reconocimiento renombrado como Cabeza del hogar: Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Reconocimiento del Esposo (a) / Co-Solicitante: Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

(for office use only)

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

