



Cornerstone

Community Action Agency

Solicitud de admisión

Correo/dirección física:

114 Needham
Coleman, TX 76834

(T) 325-625-4167 (F) 325-625-3335
mail@ctoinc.org

Cabeza de Familia

(Solo para uso de oficina) Fecha Recibida _____

Primer Nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social _____ Cantidad de personas en el hogar _____

Celular _____ Correo Electronico _____

Contacto alternative/Numero de telefono. _____

Datos del Domicilio

Dirección residencial _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de envío _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ código Postal _____

Condado de Residencia _____ Vivienda _____ Casa Movil _____ Apt _____

Documentación necesaria

Ingresos de 2022

- Carta de adjudicación del Seguro Social/SSI
- Empleo - Talones de cheques de los últimos 30 días
- Carta de beneficios: VA, manutención infantil, TANF, desempleo, etc.

Documentos de identidad para todos los miembros del hogar

- Acta de nacimiento: Todo los miembros
- Identificación/Licencia Adultos mayores de 18 años
- Tarjeta SS - todos los miembros
- Forma DD214- si eres un veterano

Facturas de servicios públicos actuales

Electricidad

Gas

Agua

Propano

VALORACIÓN DE NECESIDAD

Indique qué necesidades tiene a continuación marcando con un círculo "sí" o "no" en cada casilla. Si marca "sí", explique la necesidad que tiene para que podamos evaluar cómo servirle mejor.

SERVICIO		EXPLICACION	SERVICIO		EXPLICACION
Necesidades básicas: Alimentos, ropa, cupones de alimentos, WIC, Meals on Wheels, emergencia, otros	SI		Asesoramiento: Familia, Abuso de alcohol/sustancias, otros	SI	
	No			No	
Ingresos: SSD, TANF, SS, SSI, VA, manutención infantil, presupuesto, otros	SI		Transporte: al trabajo, cita con el médico, otros	SI	
	No			No	
Empleo: En busca de un trabajo, asistencia para la búsqueda de empleo, currículum, otro	SI		Necesidades de los veteranos: ayuda de servicios públicos de reparación del hogar Renta/Hipoteca Dental Reparación de transpiración/combustible	SI	
	No			No	
Asistencia de servicios públicos: gas/propano, agua, Eléctrico, otro	SI		Necesidades Legales: Manutención de los hijos, Penal, Civil, otros	SI	
	No			No	
Necesidades de vivienda: refugio temporal, vivienda para personas de bajos ingresos, asistencia para el alquiler, climatización, reparaciones para personas sin hogar	SI		Necesidades de salud: inmunizaciones, medicamentos, servicios de salud mental, otros	SI	
	No			No	
Unidades de ventana de calefacción/refrigeración Calentadores eléctricos Calentador de gas	SI		Educación: GED, inglés como segundo idioma, capacitación vocacional/técnica, etc.	SI	
	No			No	
Cuidado de Niños/Cuidado de Ancianos, otro	SI		Otras necesidades no identificadas en la evaluación	SI	
	No			No	

Autorizaciones

Soy un solicitante de la Agencia de Acción Comunitaria Cornerstone. Por la presente, doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada, incluida la verificación de empleo, facturas de servicios públicos y otros datos necesarios o para fines del programa. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad.

Doy permiso para que se tomen mis comentarios y fotos con fines de identificación, proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales para Cornerstone Community Action Agency

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a enjuiciamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta

Firma de la solicitante

Fecha

Firma del personal de CCAA

Fecha

**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 dias 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)

**CORNERSTONE COMMUNITY ACTION AGENCY
COMMUNITY SERVICES**

Autocertificación de discapacidad	
El nombre del solicitante:	
Nombre de la persona con discapacidad:	
Relación de la persona con discapacidad con el solicitante:	

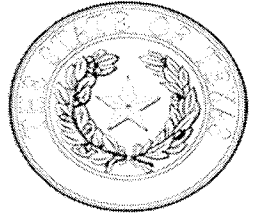
Personas con Discapacidades--Cualquier individuo que sea:

- Una persona discapacitada como se define en §7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- Bajo una discapacidad como se define en §1614(a)(3)(A) o §223(d)(1) de la Ley del Seguro Social o en §102(7) de la Ley de Construcción de Instalaciones y Servicios para Discapacidades del Desarrollo; o
- Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DECLARAR LA DISCAPACIDAD:

Por la presente autorizo con el propósito de confirmar mi elegibilidad como Persona con Discapacidad, de acuerdo con la definición de Persona con Discapacidad mencionada

Firma de la persona con discapacidad o su tutor / Fecha



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificación de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha

Consentimiento del cliente y divulgación de información



MAACLink es un sistema de computadora que se utiliza localmente como Sistema de Información Administrativa de Desamparados (Homeless Management Information System, HMIS). El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD) de los EE.UU. exige que las entidades que reciben fondos de HUD utilicen un HMIS. MAACLink no está conectado electrónicamente a HUD y solo lo utilizan las entidades autorizadas. Todos los usuarios de MAACLink han recibido capacitación sobre confidencialidad y han firmado acuerdos estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar su uso debidamente.

Hay un Aviso de privacidad disponible en las entidades participantes. Este da detalles sobre la manera en que las entidades y sus empleados manejan la información de clientes y comparten los datos.

Doy permiso a _____ (nombre de la entidad) para recopilar e ingresar mi información personal y de núcleo familiar en el sistema de computadora MAACLink.

Entiendo que el sistema MAACLink es compartido y utilizado por entidades autorizadas en mi comunidad para:

1. Evaluar las necesidades de los desamparados, personas de bajos ingresos o con necesidades especiales con el fin de brindar una mejor asistencia y mejorar sus situaciones actuales y futuras.
2. Mejorar la calidad de la atención y el servicio para la gente que lo necesite.
3. Hacer seguimiento de la eficacia de la labor comunitaria para responder a las necesidades de las personas que han recibido asistencia.
4. Reportar datos generalizados que no identifican personas específicas ni sus datos personales.

Entiendo que:

- Todas las entidades que usan MAACLink tratarán mi información de manera profesional y confidencial.
- Firmar este formulario de divulgación no garantiza que yo vaya a recibir asistencia.
- Puede compartirse mi información con terceros (empresas de servicios públicos, arrendadores, etc.) con el fin de procesar el servicio que he solicitado.
- Tengo derecho a recibir una copia impresa de mi archivo de MAACLink.

(Opcional) Marque esta casilla para dar su consentimiento acerca de que se coloque su foto en MAACLink.

Nombre del cliente (con letras de molde)	Firma del cliente	Fecha

Nombre del representante de la entidad (con letras de molde)	Firma del representante de la entidad	Fecha

Representante de la entidad:

Marque esta casilla si no pudo obtener la firma del cliente y recibió en cambio el consentimiento verbal.

Cada entidad de MAACLink le pedirá firmar este formulario al menos una vez al año. Si después de dar su consentimiento usted decide que ya no desea que se ingrese su información en MAACLink, por favor complete el Formulario de revocación del cliente. Si usted no revoca esta autorización, vencerá automáticamente el _____ o un año después de la fecha en que firme y feche este formulario.