

DOUBLE MOUNTAIN OUTREACH SERVICES
ASPERMONT SMALL BUSINESS DEVELOPMENT CENTER, INC.
9660 U.S. 83 SOUTH ASPERMONT, TX 79502
(940) 989-3538 (800) 722-0137

SITIO WEB: www.doublemountainservices.com

Estimado solicitante:

Se adjunta una solicitud de asistencia del Aspermont Small Business Dev. Center, Inc. (**Double Mountain Outreach Services**). Complete esta solicitud y devuélvala a la dirección anterior:

ASEGÚRESE DE QUE ESTA APLICACIÓN:

1. Está firmado y fechado.
2. Proporciona un número de teléfono que funciona.
3. Incluye copias de los siguientes artículos: POR FAVOR no envíe originales que pueda necesitar más adelante.
4. Se llena completamente. **No deje espacios en blanco. Responde a todas y cada una de las preguntas.**

Si no se completa la solicitud por no enviar los artículos en el cuadro a continuación, se producirán retrasos en el proceso de determinación de elegibilidad. Si no tiene todos los artículos necesarios para presentar la solicitud, llame a DMOS al (940) 989-3538 para que podamos ayudarlo **antes de** devolver la solicitud.

SÍRVASE PROPORCIONAR:

- 1. Identificación con foto para todas las personas mayores de 18 años en el hogar.** (Licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, etc.)
- 2. Prueba de ciudadanía estadounidense para todos en el hogar:** (certificados de nacimiento, pasaporte de EE. UU., tarjeta verde, certificación de naturalización, certificado de solicitante de asilo)
- 3. Tarjetas de Seguro Social para todos en el hogar.**
- 4. Prueba de todos y cada uno de los ingresos del hogar durante los últimos 30 días para cada adulto (de 18 años o más).** Se requieren talones de cheque de pago o impresiones de nómina para los empleados. Se requieren declaraciones / cartas de adjudicación para el Seguro Social, SSI, TANF, pensiones de jubilación, beneficios de desempleo, pagos de veteranos (se necesita cualquier tipo de prueba de ingresos).
- 5. PRUEBA DE MANUTENCIÓN INFANTIL DEL PROCURADOR GENERAL DE TEXAS:** NO envíe documentos de divorcio o audiencia de custodia de menores. Envíe una declaración de la Procuraduría General (usted los obtiene en línea). **MANUTENCIÓN INFANTIL EN EFECTIVO:** Si recibe pagos en efectivo directamente de los padres de su hijo, debe declararlo utilizando una declaración que le proporcionaremos. Llámenos para uno si uno no estaba incluido con esta aplicación.
- 6. COPIA DE LAS FACTURAS MENSUALES DE ELECTRICIDAD, GAS O PROPANO (todas las páginas, anverso y reverso). Si tiene un aviso de desconexión,** envíelo también, pero un aviso de desconexión NO sustituye una factura mensual. **ENVIARNOS UNA COPIA DE SUS FACTURAS MENSUALES VENCIDAS / ACTUALES NO ES UNA OPCIÓN, ES OBLIGATORIO.** Si está en "facturación electrónica", TODAVÍA debe proporcionarnos una copia de su factura mensual (puede enviarla por correo electrónico). Las solicitudes que no contengan copias de la factura/estado de cuenta/factura de servicios públicos vencida o actual se considerarán automáticamente como "incompletas".

Si hay alguien que vive en el hogar que tiene 18 años de edad o más que NO TIENE INGRESOS, debe llamar a ASBDC / DMOS y solicitar que se le envíe por correo / fax / correo electrónico un FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE INGRESOS, si aún no se adjunta aquí.

ASPERMONT SMALL BUSINESS DEVELOPMENT CENTER, INC.
DOUBLE MOUNTAIN RANGE
ADMISIÓN DE CLIENTES

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DEL HOGAR **Correo electrónico:** _____
Solicitante: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Teléfono: Celular Home _____ **otéfono del orko:** _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL HOGAR

Tipo de hogar: Persona soltera Dos adultos / Sin niños Padres solteros / Female
 Monoparental/Hombre Hogar biparental Adultos no relacionados con niños
 Multigeneracional (3 o más generaciones juntas o abuelos criando nietos)
 Otros (Sírvese describir) _____

TIPO DE VIVIENDA

¿Eres dueño de tu casa? Sí No **En caso afirmativo:** casa móvil / remolque de casa privada
¿Alquilas tu casa? Sí No
En caso afirmativo: Vivienda pública/ subsidiada: apartamento (alquiler bajo) casa (alquiler bajo)
Vivienda privada: casa móvil casa apartamento alquilado habitación
Otros (Explicar): _____
Monto del alquiler: \$ _____ por mes
¿Están incluidos los servicios públicos de electricidad o gas? Sí No
¿Están incluidos los servicios de agua? Sí No
Nombre del arrendador: _____
Dirección del propietario: _____

Dirección residencial: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____

Encierra en un círculo el nombre del condado donde vives: Haskell Jones Kent Knox Stonewall Throckmorton

EQUIPO MÉDICO: ¿Tiene equipo médico de soporte vital (eléctrico) en su hogar? Algunos ejemplos serían máquinas de diálisis renal, concentradores de oxígeno o monitores cardíacos, etc. **Encierra en un círculo tu respuesta: SÍ o NO**

CON RESPECTO A ALGUIEN QUE VIVE EN SU HOGAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA: ¿Un profesional médico ha prescrito que la temperatura / clima en su hogar se mantenga a un cierto nivel, debido a la condición médica? **Encierra en un círculo tu respuesta: SÍ o NO**

Staff mailing date: _____ Purpose: _____

Return information: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA INDIVIDUAL: **Haga una lista de todas las personas (incluido usted)** que viven en el hogar y responda cada pregunta sobre ellos.

SIN ESPACIOS EN BLANCO.

<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR +</p> <p>Relación con el solicitante (propio, cónyuge, pareja, hijo, nieto, hijastro, hijo adoptivo, primo, hermano, sobrina, sobrino, tío, tía, padre, novio, novia, prometido o cualquier término que aplique) VER NOTA ABAJO</p>	<p>Número de Seguro Social:</p>	<p>Fecha de nacimiento:</p>	<p>G Y N D Y R</p>	<p>R as: **1. Amer indio O nativo de Alaska o esquimal / aleutiano 2. Asiático 3. Negro o Afroamericano 4. Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico 5. Blanco 6. Otro 7. Multi-Raza</p>	<p>Etnicidad: 1. Origen hispano, latino o español 2. NO es de origen hispano, latino o español</p>	<p>Educación: 1. Grado 0-8 2. Grado 9-12 3. Grado HS 4. 12º grado + algunos Post Sec 5. 2 o 4 años college 6. Posgrado</p>	<p>Estado militar: Activo O Veteran o O No</p>	<p>Deshabilitado: Sí o no</p>	<p>Por favor, enumere todos los tipos de seguro de salud que tiene cada miembro. <u>Si no hay ninguno, escriba "ninguno."</u> Medicaid, Medicare, CHIPS, State Health Ins. Para adultos, militares, comprados directamente por usted o por el empleador, comprados para usted</p>

* Para fines de informes del gobierno federal, si elige identificarse como "indio americano / nativo de Alaska", esto se refiere a una persona que activamente "mantiene la afiliación tribal y / o la participación de la comunidad tribal". Con respecto a las RELACIONES: Si necesita orientación, llame a DMOS para otros ejemplos de relaciones domésticas. (No hay espacio aquí para enumerar todas las posibilidades que podrían aplicarse).

ESTADO LABORAL E INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA ADULTOS (EDAD 18+)

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE CADA ADULTO (sin espacios en blanco).

<p>Nombre del miembro del hogar:</p>		
<p> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas/semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 horas/semana) <input type="checkbox"/> Desempleados menores de 6 meses. <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola estacional <input type="checkbox"/> Desempleados más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> No en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> Otro: Explicar _____ </p>		
<p> Tipo de ingreso: <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Manutención de menores de las <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia Manutención conyugal <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Manutención infantil en efectivo (monto \$ _____) <input type="checkbox"/> VA Disability <input type="checkbox"/> Att. Gen. Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo <input type="checkbox"/> de Pensiones del VA <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador Ingresos jubilados del Seguro Social Otro: Explicar _____ </p>		
<p> Beneficios no monetarios: <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Subsidio de WIC <input type="checkbox"/> Asistencia con la factura de energía (de esta agencia) <input type="checkbox"/> Vivienda pública (de la Autoridad de Vivienda) <input type="checkbox"/> Otra asistencia de vivienda Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Otros explican: _____ <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería </p>		
<p> Descripciones para el estado laboral: "Jubilado" generalmente significa una persona mayor cuya carrera laboral ha terminado y generalmente reciben una pensión privada, Seguro Social, etc. "No en la fuerza laboral" significa alguien que no está trabajando por ningún período de tiempo y no está buscando trabajo, como un estudiante, ama de casa, trabajo familiar no remunerado, etc. "Desempleado a largo plazo o a corto plazo" significa alguien que está buscando trabajo activamente. Llame a DMOS si tiene preguntas sobre el estado laboral, los ingresos o cualquier cosa anterior. </p>		
<p> INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ADULTO: ¿Hay un adulto en el hogar que reciba ingresos en nombre de un niño en el hogar? _____yes _____no En caso afirmativo, ¿para qué hijo y qué tipo de ingresos? Los ejemplos podrían ser SSI, beneficios por muerte de SS para un padre / discapacidad fallecido, etc. Esté detallado en el espacio en blanco a continuación. </p>		

INFORMACIÓN DE UTILIDAD

Proveedor de servicio eléctrico: _____ Acct #: _____ Calor/Frío/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta/relación: _____

Proveedor de gas natural: _____ Acct #: _____ Calor/Frío/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta/relación: _____

¿Paga su propia factura de agua? Sí No En caso afirmativo, Proveedor de servicios de agua: _____ Acct #: _____

Nombre en la cuenta/relación: _____

INFORMACIÓN DEL AIRE ACONDICIONADO (Si utiliza más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que utilice).¿Qué tipo de aires acondicionados utilizas en este momento? Unidad central Enfriador evaporativo ("pantano") Unidad de ventana

¿Cuántos aires acondicionados usas? _____ ¿Funciona el aire acondicionado? _____ ¿Qué edad tiene su aire acondicionado? _____

INFORMACIÓN DE CALEFACCIÓN (Si utiliza más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que utilice).

¿Qué tipo de calefacción utilizas en este momento?

 Calefacción central eléctrica (sin gas) Calefacción central (utiliza gas y electricidad) Calentadores eléctricos de pared de gas (montado en la pared) Stufa de leña o calentador de gas para chimenea

(Si es chimenea, ¿es para leña o gas?)

Por favor, explique cualquier otro método de calentamiento: _____

La siguiente sección es SOLO para usuarios de propano. Si no usa propano, vaya a la página siguiente.

Estas preguntas se refieren a un tanque grande colocado permanentemente en su patio. (No estamos preguntando sobre 'botellas de barbacoa').

Compañía de propano: _____ Sí _____ No _____

¿Cuál es su lectura del medidor de propano en el momento de esta aplicación? _____%

¿Cuál es el tamaño de un galón de su tanque de propano? (Círculo uno) 100 150 250 500

¿Usas propano para cocinar? sí _____ no _____ Para calentador de agua? sí _____ no _____

¿Calientas tu casa con propano? En caso afirmativo, marque con un círculo debajo de CÓMO calienta su hogar.

Calentador de espacio de propano Calentador de pared de propano La unidad central utiliza propano y electricidad

CERTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN

1. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
1. *La información proveída en esa forma es correcta según mi mejor entendimiento.*
2. Mi ingreso familiar ha sido anualizado, en el momento de mi solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
2. *Los ingresos de mi hogar han sido calculados anualmente según los regulamentos prescritos por la agencia.*
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o el retraso en la prestación del servicio.
3. *Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisión que me afectan, tales, como: el elegibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.*
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y sus agencias contratadas a solicitar/verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y/o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida en que la información se use solo para proporcionar datos.
4. *Utorizo al "Texas department of Housing and Community Affairs" y sus agencias contratadas a solicitar y verificar información sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la información se usa para reporter data estadística.*

PERMISO DEL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy permiso a Double Mountain Outreach Services, para compartir y / o asegurar cualquier información necesaria. También otorgo permiso a Double Mountain Outreach Services para contactar a otras personas u organizaciones con el fin de proporcionar servicios y recursos en mi nombre. Entiendo que esta información se compartirá o asegurará de manera profesional solo mientras protejo mi derecho a la confidencialidad. Autorizo a esta agencia a comunicarse con cualquier persona, organización estatal o gubernamental, agencia de asistencia, empleador, propietario o proveedor de servicios públicos requerido para procesar mi solicitud y para asegurar la información en mi registro de caso, incluidos los registros educativos y estudiantiles.

Al firmar a continuación, entiendo que el personal de Double Mountain Outreach Services / ASBDC y los recursos de referencia tendrán acceso a mis registros.

SOY CONSCIENTE DE QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA.

COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSO O INCORRECTA.

* _____ *

Cuestionario de evaluación de necesidades

La siguiente encuesta nos permite saber qué necesidades más importantes está experimentando actualmente su familia. La información se utilizará para identificar mejor a qué recursos conectarlo en función de sus respuestas. Además, la información se recopilará para su uso futuro en un informe de evaluación de necesidades de la comunidad que estará disponible para el público. Su nombre e información personal no estarán conectados a las respuestas que proporcione en esta encuesta. ¡Gracias de antemano por su participación!

Coloque unan X en la caja que refleje las necesidades de su familia para cada artículo:

Dominio/ Categoría	Necesidades	No es necesario	A veces necesario	Muy necesario	Uso/Referencia de Oficina
<i>Empleo</i>	Ayuda para encontrar trabajo				
	Habilidades laborales y capacitación laboral para ganar mejores salarios				
<i>Educación</i>	Clases de GED				
	Asistencia para asistir a una escuela o universidad comercial o técnica (por ejemplo: TSTC, universidad, etc.) matrícula, libros de texto, etc.				
	Cuidado de niños para que los padres puedan asistir a la escuela / trabajo				
<i>Ingresos y creación de activos</i>	Ayuda para solicitar el Seguro Social, discapacidad (SSDI), TANF, SNAP, etc.				
	Asistencia con metas financieras y autosuficiencia				
	Educación financiera/clases de presupuesto/reparación de crédito				
<i>Vivienda</i>	Ayuda para pagar el alquiler o la hipoteca (aviso de desalojo)				
	Viviendas para personas de bajos ingresos				
	Ayuda con las facturas de servicios públicos (electricidad, propano, gas)				

	Ayuda con un aviso de desconexión de la factura de agua				
	Ayuda con reparaciones o reemplazo de aparatos de calefacción/refrigeración				
	Ayudar a que mi hogar sea más eficiente energéticamente, como evitar que el aire se escape o entre en el hogar (climatización, sellado de fugas de aire, etc.)				
<i>Salud y Desarrollo Social del Comportamiento</i>	Ayuda para obtener un examen de la vista/anteojos				
	Ayuda para obtener un examen/servicios dentales				
	Asistencia con medicamentos recetados				
	Necesidades	No es necesario	A veces necesario	Muy necesario	Uso/Referencia de Oficina
	Ayuda con las vacunas				
	Servicios de salud mental				
	Educación nutricional/talleres de alimentación saludable (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta)				
	Comidas entregadas a su hogar (edades 55+)				
	Alimentos para tu familia (por ejemplo, despensa de alimentos)				
	Información sobre programas de adicción al alcohol/drogas				
<i>Otras necesidades</i>	Transporte al trabajo o citas médicas				
	Ayuda para ser referido al Fiscal General para asistencia de manutención infantil (800-252-8014)				
	Ayuda con necesidades legales como penales, civiles, otros				

	Necesidades de los veteranos: Médicas, capacitación, otros				
<i>Asistencia de emergencia</i>	Ayuda para encontrar recursos en la comunidad				

Otras necesidades no enumeradas anteriormente:

Fecha de firma

