

II. Domicilio (Si usted está desamparado, marque esta casilla y deje las preguntas de 5 a 9 en blanco.)

5. ¿Cuál es su dirección?

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

6. ¿En qué tipo de vivienda vive usted?

Apartamento Cuarto Casa Privada Otra (explique): _____

7. ¿Cuánto paga usted de alquiler/hipoteca? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

8. ¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de la persona a quien usted le paga alquiler/hipoteca?

Nombre del Casero Dueño Principal Inquilino Principal Banco: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

9. ¿Si usted está solicitando dinero para evitar un desahucio, cuánto dinero debe? \$ _____

¿A quién le debe el dinero? _____

III. Empleo

10. ¿Ha estado usted trabajando en los últimos 24 meses? No Sí

11. ¿En qué fecha trabajó usted por última vez? _____

12. ¿Cuál es el nombre y dirección de su actual o último empleador?

Nombre del Empleador : _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

IV. Administración Económica Anterior

13. ¿Cómo se ha mantenido usted?

V. Ingreso Salarial

14. ¿Cuenta usted con ingreso salarial? No Sí Si contestó Sí, indique la fuente y cantidad más abajo.

Fuente	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
	\$	
	\$	
	\$	

Ingreso

Indique si usted o quienquiera que viva con tiene:	Marque <input checked="" type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, anote la cantidad/ el valor	Nombre de la persona que recibe el ingreso
Concesión de Asistencia en Efectivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Ingreso Suplemental de Seguridad (Supplemental Security Income – SSI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Incapacidad de Seguro Social	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Otros Beneficios de Seguro Social	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Retiro Ferroviario	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Retiro (pensiones)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Pensiones/beneficios/ayuda y asistencia de Veteranos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Asignaciones de Dependencia de GI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Seguro Privado de Incapacidad – seguro de salud/ingreso de póliza de accidente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Compensación Laboral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Préstamos o concesiones educacionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios sindicales (incluidos beneficios de huelga)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ingreso de Alquiler (recibido)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Contribuciones/Regalos (recibidos)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Préstamos (recibidos)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Pensión Alimenticia/Apoyo Económico (recibido)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Seguro Sin Culpa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Dividendos/Intereses de acciones, bonos, ahorros, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Otro Ingreso (especifique más abajo)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	

Include in CA Application Kits

Recursos

Indique si usted o quienquiera que viva con usted recibe dinero de:	Marque <input checked="" type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, anote la cantidad/ el valor	Nombre de la persona que recibe el ingreso
Dinero en Efectivo a la mano	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas Regulares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas de Ahorros o C.D.s (certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas "En Fideicomiso" o P.A.S.S.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Bonos de Ahorros	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Fondo Fiduciario/Entierro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Lote de Entierro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
IRA, KEOGH, 401k, o Compensación Deferida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Anuidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Indique si usted o quienquiera que viva con usted:			
Dueño de vivienda	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ha sido nombrado beneficiario de fideicomiso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿A la espera de fondo fiduciario, acuerdo de pleito, herencia, o ingreso de cualquier otra fuente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ha sido elegible para reembolso de impuesto sobre el ingreso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Tiene Caja Fuerte	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Posee bienes raíces, incluida las propiedades rentables y no rentables (p.ej., casas de vacaciones)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Posee automóviles u otros vehículos (especifique): Año: _____ Modelo: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿Alguien el los últimos 36 meses ha (incluido(a) su cónyuge, aun sin está presentando solicitud o si no vive con usted) vendido/transferido/donado dinero en efectivo, bienes raíces, o propiedad personal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Grupo: _____

Centro: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____