

# DECLARACIÓN DE DATOS - ASISTENCIA PARA INDIGENTES

## Información importante

- Si usted no tiene un lugar donde vivir o ha recibido un aviso del dueño de la vivienda para pagar la renta o desalojarla, es posible que pueda recibir pagos de Asistencia para Indigentes limitados a una vez cada 12 meses, a menos que su indigencia sea a causa de una excepción. Para conseguir Asistencia para Indigentes, usted no puede tener más de \$100 en recursos y tiene que ser elegible para CalWORKs o parecer ser elegible para CalWORKs.
- Las excepciones al límite de 12 meses son la indigencia a causa de: violencia doméstica, enfermedad física o mental, o que el hogar es inhabitable. Estas excepciones también están limitadas a una vez cada 12 meses. La indigencia que es causada directamente por un desastre natural declarado por el gobierno Estatal o Federal también es una excepción.
- Si usted recibió un aviso para pagar la renta o desalojar la vivienda, es posible que pueda recibir pagos de Asistencia para Indigentes hasta para dos meses de renta atrasada.
- Si usted no tiene donde quedarse, tiene que estar buscando vivienda permanente para recibir Asistencia para Indigentes para Alojamiento Temporal (TS). Si encuentra un lugar donde vivir, es posible que usted reciba dinero para vivienda permanente.
- Es posible que usted pueda recibir pagos para TS hasta por 16 días consecutivos. El primer día comienza cuando recibe el primer pago de TS. Si se aloja en algún lugar sin tener que pagar, o en un lugar que no sea un albergue o negocio que rente cuartos, no puede recibir pagos de TS pero esos días que no tenga que pagar cuentan como parte de los 16 días.
- Para recibir pagos de TS usted tiene que rentar de una persona o lugar que se dedique a rentar alojamiento.
- Al final de los 16 días, el TS terminará. Usted ya no será elegible para recibir TS de nuevo por 12 meses, a menos que tenga una excepción, aunque no haya usado todos los beneficios de TS.
- Se le pedirá que compruebe que usted gastó sus pagos en alojamiento. Si no puede hacerlo, los pagos futuros se harán al alojamiento, al arrendador o a otros a nombre suyo.

Instrucciones: Escriba todas las respuestas con tinta y en letra de molde. Si necesita ayuda, pídasela a su trabajador.

1. Nombre del pariente proveedor de cuidado (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Núm. de teléfono para mensajes **A** Número de Seguro Social **B** Fecha de nacimiento  
 Mes. \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

2. ¿Cuál es su domicilio actual, o el último que tuvo?  
 Número, calle Ciudad Estado Código postal

3. ¿Recibe asistencia monetaria?  Sí  NO  
 Si la respuesta es "Sí", ¿en qué condado?

4. ¿En algún momento ha recibido Asistencia para Personas sin Hogar en cualquier condado?  Sí  NO  
 Si la respuesta es "Sí", complete:  
 ¿En qué condado? ¿Cuándo?

5. ¿Alguien en su hogar recibe ingresos por un trabajo o programa de entrenamiento, o de alguna otra fuente?  Sí  NO  
 Si la respuesta es "Sí", anote enseguida todos los ingresos y quién los recibe:

6. Anote todos los recursos que usted tiene que son o se pueden convertir en efectivo (incluya dinero en efectivo, cheques, cuentas de ahorro o de cheques, cuentas con la unión de crédito, etc.). Anote cada uno y dé su valor.

7. Si recibe Asistencia para Indigentes, usted puede recibir el pago, o el pago se puede enviar directamente al alojamiento, al arrendador, u otros, a nombre suyo. Marque (✓) enseguida para indicarnos cómo quiere que se hagan los pagos:  
 A usted  Al arrendador  Al alojamiento  Otro (explique):

**Si no tiene un hogar permanente, complete las preguntas de la 8 a la 12. Si está pidiendo ayuda para pagar renta atrasada, pase a las preguntas de la 13 a la 17.**

8. Explique donde se está quedando ahora.

9. ¿Por cuánto tiempo ha estado ahí?

10. ¿Paga por quedarse ahí?  
 Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto?

11. Explique el motivo por el cual usted no tiene un lugar donde vivir.

12. ¿Está buscando vivienda permanente?  Sí  NO  
 Explique:

COUNTY USE ONLY				
DATE RECEIVED				
C	CO	Aid Code	Case Number	AU
D	Case Name (Last, First)			
E	Date HA Authorized Mo. ____ Day ____ Yr. ____			
F	Type of HA (check)			
	<input type="checkbox"/> Temporary	<input type="checkbox"/> Permanent		
	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> PV		
	<input type="checkbox"/> TM	<input type="checkbox"/> PM		
	<input type="checkbox"/> TU	<input type="checkbox"/> PU		
	<input type="checkbox"/> TD	<input type="checkbox"/> PD		
Start Date: _____ Start Date: _____				
<b>Disposition:</b>				
<input type="checkbox"/> Shelter arranged prior to TS				
<input type="checkbox"/> Vendor payment issued				
<input type="checkbox"/> HA denied				
Worker:				
Total resource value:				

---

---

13. ¿En qué fecha recibió el aviso para pagar la renta o desalojar la vivienda?

---

14. ¿Cuántos meses de renta atrasada debe?

---

15. ¿Cuánto es su renta mensual?

---

16. ¿Por qué no pagó su renta?

---

17. ¿Por qué lo está desalojando su arrendador?

---

---

### CERTIFICACIÓN

---

**Entiendo que:**

- Los pagos de Asistencia para Indigentes para alojamiento temporal (TS) y vivienda permanente (PH) están limitados a solamente una vez cada 12 meses, a menos que yo tenga una excepción verificada.
- Hay un límite de cuánto puedo recibir en Asistencia para Indigentes.
- Se requiere que yo dé mi número de Seguro Social, el cual se usará para verificar mi identidad y que no estoy recibiendo ayuda en otro caso, condado o estado.

Entiendo que tengo que **proveer pruebas** de que:

- Soy indigente; o he recibido un aviso para pagar la renta o desalojar.
- Soy indigente debido a una excepción, si ya he recibido asistencia para indigentes anteriormente.
- Usé el pago de TS para vivienda, y si no puedo probarlo, tengo que pedir que los pagos de asistencia para indigentes se hagan a mi nombre al alojamiento, al arrendador o a otras personas.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información contenida en esta "Declaración de datos - Asistencia para Indigentes" es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PARIENTE PROVEEDOR DE CUIDADO

FECHA