

County Case No. _____
Condado Caso

Date _____
Fecha

Work First Cash Assistance Application and Review Documentation Workbook
Solicitud para Asistencia Monetaria del Programa Work First (Trabajar Primero) y Revisión de Documentación Necesaria

This is a workbook used to collect the information needed to determine eligibility for Work First Cash Assistance.
Este librito es una guía para coleccionar la información necesaria para determinar su elegibilidad para el Programa Work First.

Does anyone in the household wish to apply for Medicaid? ____ Yes ____ No
¿Alguien en su grupo familiar desea solicitar Medicaid? Sí No

Does anyone in the household have a disability to report? ____ Yes ____ No/Prefer not to report
¿Alguien en su grupo familiar tiene una discapacidad que desea reportar? Sí No/Prefiero no reportar
(The reporting of a disability is strictly voluntary.) *(El reportar una discapacidad es estrictamente voluntario)*

“Disability means, with respect to an individual: (1) a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual; (2) a record of such impairment; or (3) being regarded as having such an” impairment”
(Americans With Disabilities Act of 1990)

Discapacidad con respecto a un individuo significa: (1) un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades mayores de tal persona; (2) un registro de dicha discapacidad; o (3) ser referido de tener tal “discapacidad” (Acta de Americanos con Discapacidades de 1990)

Does the individual need help to complete the application or interview process? ____ Yes ____ No
¿Necesita ayuda para completar la solicitud o la entrevista? Sí No

PROGRAM SCREENING (ALL ANSWERS MUST BE YES TO BE POTENTIALLY ELIGIBLE.)

PRE-EVALUACIÓN PARA EL PROGRAMA (TODAS LAS RESPUESTAS NECESITAN SER SI PARA SER POTENCIALMENTE ELEGIBLE)

Is there a child in the home under age 17 or younger?

Yes No

Or if a recertification, is there a child in the home age 17 or is age 18 and will graduate from high school by age 19?

¿Hay en el hogar un niño menor de 17 años? O si es recertificación, ¿hay en casa algún menor que tenga 17 o 18 años y que se graduará de la escuela preparatoria (High School) a los 19 años?

Yes No

Is the applicant an adult who lives with the child (ren) and who meets the kinship rule?

¿El solicitante es un adulto que vive con el niño (o niños) y que satisface la regla de parentesco?

Yes No

Does the family reside in North Carolina and intend to remain or entered North Carolina seeking a job or with a job commitment?

¿La familia reside en Carolina del Norte y planea continuar en Carolina del Norte en búsqueda de empleo o con una promesa de empleo?

Applicant Name: _____ **Telephone No:** _____

Nombre del Solicitante

Teléfono:

Address: _____

Dirección:

Mailing Address if different than above: _____

Dirección Postal (Si es diferente a la dirección que aparece arriba)

Directions to residence: _____

Como llegar al domicilio

El Departamento de Salud y Servicios Humanos cumple con las leyes federales y estatales, que restringen el uso y el proporcionar información de los solicitantes y de los beneficiarios de asistencia pública, y cumple con lo establecido por el Acta de Seguridad Social con relación a confidencialidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos no discrimina a ninguna persona sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, religión, edad, creencias políticas o discapacidad

Form DSS-8227 (Immigrant Access Notice) provided and signed by the applicant.

Forma DSS-8227 (Aviso de Acceso Inmigrante) proporcionada y firmada por el solicitante

DSS- 10001, Language Services Agreement (For Limited English Proficiency (LEP) Customer) provided and signed by applicant.

DSS-10001, Acuerdo de Servicios del Lenguaje (Para persona que hablan un inglés limitado (LEP)) proporcionado y firmado por el solicitante

CASE HEAD/ PAYEE SECTION (WORK FIRST MANUAL SECTION 104)

JEFE DEL HOGAR/SECCIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL PAGO (SECCIÓN 104 DEL MANUAL DE WORK FIRST)

Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. Nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Idioma de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>	Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>	School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Sí, en</i> <input type="checkbox"/> No			Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o el más alto completado)</i>	
Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Sí No, explique</i>		Citizenship/Immigrant Status (if included in application): <i>Estatus de ciudadanía o inmigración (Si la persona se incluye en la solicitud):</i>			Individual ID. No. <i>Numero Individual ID.</i>	
If included in the application, record the Citizenship/ Immigration Document(s) viewed: <i>Si la persona es incluida en la solicitud, anote los documentos de ciudadanía o de inmigración revisados.</i>				Social Security Number, if included in application: <i>Numero de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud):</i>		
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Sí No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>				Kinship/Living With: Method of Verification <i>Viviendo con un familiar: Método de verificación</i>		

NON-APPLICANT HOUSEHOLD MEMBERS ARE NOT REQUIRED TO PROVIDE A SOCIAL SECURITY NUMBER, IMMIGRANT OR CITIZENSHIP STATUS. CONTINUE TO ASSESS THE NON-APPLICANT BUDGET UNIT MEMBER FOR COUNTABLE RESOURCES SUCH AS INCOME AND ASSETS IN DETERMINING ELIGIBILITY.

LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE NO ESTÁN SOLICITANDO BENEFICIOS NO SON REQUERIDOS DE PROPORCIONAR NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, ESTATUS DE INMIGRACIÓN O CIUDADANÍA. EVALÚE A LA PERSONA QUE NO ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS EN RELACIÓN A SUS RECURSOS CONTABLES TALES COMO INGRESOS Y FONDOS (PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD).

OTHER FAMILY UNIT MEMBERS (WORK FIRST MANUAL SECTION 104)
 OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (SECCION 104 DEL MANUAL DE WORK FIRST)

1	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Lenguaje de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>		Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>		School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Si, en</i> <input type="checkbox"/> No		Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o más alto completado)</i>	
Relationship to case head/payee <i>Relación con jefe o jefa del hogar</i>			Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Si No, explique</i>			Individual ID. No <i>Número Individual ID</i>	
If household member is included in the application, complete the following: <i>Si esta persona se incluye en la solicitud, complete lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> Qualified Immigrant <i>Ciudadano Inmigrante calificado</i>						Social Security Number, if included in application <i>Número de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud)</i>	
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Si No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>			Citizenship/Immigration Document(s) viewed: <i>Documentación de ciudadanía o inmigración verificado:</i>				
2	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Lenguaje de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>		Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>		School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Si, en</i> <input type="checkbox"/> No		Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o más alto completado)</i>	
Relationship to case head/payee <i>Relación con jefe o jefa del hogar</i>			Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Si No, explique</i>			Individual ID. No <i>Número Individual ID</i>	
If household member is included in the application, complete the following: <i>Si esta persona se incluye en la solicitud, complete lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> Qualified Immigrant <i>Ciudadano Inmigrante calificado</i>						Social Security Number, if included in application <i>Número de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud)</i>	
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Si No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>			Citizenship/Immigration Document(s) viewed: <i>Documentación de ciudadanía o inmigración verificado:</i>				

FAMILY UNIT MEMBERS CONT.

CONTINUACIÓN – MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

3	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Lenguaje de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>		Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>		School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Si, en</i> <input type="checkbox"/> No			Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o más alto completado)</i>
Relationship to case head/payee <i>Relación con jefe o jefa del hogar</i>				Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Si No, explique</i>			Individual ID. No <i>Número Individual ID</i>
If household member is included in the application, complete the following: <i>Si esta persona se incluye en la solicitud, complete lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> Qualified Immigrant <i>Ciudadano Inmigrante calificado</i>						Social Security Number, if included in application <i>Número de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud)</i>	
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Si No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>				Citizenship/Immigration Document(s) viewed: <i>Documentación de ciudadanía o inmigración verificado:</i>			
4	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Lenguaje de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>		Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>		School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Si, en</i> <input type="checkbox"/> No			Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o más alto completado)</i>
Relationship to case head/payee <i>Relación con jefe o jefa del hogar</i>				Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Si No, explique</i>			Individual ID. No <i>Número Individual ID</i>
If household member is included in the application, complete the following: <i>Si esta persona se incluye en la solicitud, complete lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> Qualified Immigrant <i>Ciudadano Inmigrante calificado</i>						Social Security Number, if included in application <i>Número de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud)</i>	
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Si No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>				Citizenship/Immigration Document(s) viewed: <i>Documentación de ciudadanía o inmigración verificado:</i>			

5	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del 2do. nombre)</i>	Gender <i>Sexo</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>	D.O.B. <i>Nació (Fecha)</i>	Place of Birth <i>Nació (Lugar)</i>	Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>	Language Preference <i>Lenguaje de preferencia</i>
Parent's Name <i>Nombre del padre</i>		Parent's Name <i>Nombre de la madre</i>		School (current enrollment) <i>Escuela (donde estudia)</i> <input type="checkbox"/> Yes, Where _____ <i>Si, en</i> <input type="checkbox"/> No		Grade (current /highest completed) <i>Grado (que estudia o más alto completado)</i>	
Relationship to case head/payee <i>Relación con jefe o jefa del hogar</i>				Included in application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, explain <i>¿Incluido en la solicitud? Si No, explique</i>		Individual ID. No <i>Número Individual ID</i>	
If household member is included in the application, complete the following: <i>Si esta persona se incluye en la solicitud, complete lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> Qualified Immigrant <i>Ciudadano Inmigrante calificado</i>						Social Security Number, if included in application <i>Número de Seguro Social (Si la persona es incluida en la solicitud)</i>	
ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Se verifico ID Si No</i> Document viewed: <i>Documentación verificada:</i>				Citizenship/Immigration Document(s) viewed: <i>Documentación de ciudadanía o inmigración verificado:</i>			

Check here: **if more people are in the household (attach additional copies of this page, if needed)**
Marque aquí si hay más personas en su grupo familiar (Si es necesario, Incluya copias adicionales de esta página)

OVS Check Completed: **Yes** **No** **If no, reason:** _____
Se completo el OVS Si No, razón:

BENEFITS FROM OTHER STATES
BENEFICIOS EN OTROS ESTADOS

Has anyone on the application lived outside of North Carolina? **Yes** **No**
¿Alguna persona en esta solicitud ha vivido fuera de Carolina del Norte? Si No

If yes, name: _____ **Dates:** _____ **City/County/State:** _____
Si respondió si: Fechas Ciudad/Condado/Estado:

Did he/she receive public assistance in the other state? **Yes (check all that apply)** **No**
¿Recibió esta persona asistencia pública en ese estado? Si (Marque las que se apliquen) No

TANF (Federal: Verify months of TANF assistance received) **Food & Nutrition Services** **Other** _____
Beneficios TANF(Federal: Verifique los meses) Servicios de Alimentos y Nutrición Otro

Agency Name: _____ **Contact Person:** _____ **Telephone Number:** _____
Nombre de la agencia Persona de contacto Tel.

TEMPORARY ABSENCE
AUSENCIA TEMPORAL

Anyone temporarily absent from the home? Yes (complete the questions below) No
¿Alguien en la familia esta temporalmente ausente? Si (Complete abajo) No

Name <i>Nombre</i>	Date of Absence <i>Fecha de Ausencia</i>	Reason <i>Razón</i>	Expected Return Date <i>Fecha de Regreso</i>

If the family member is expected to be absent for fewer than 90 consecutive days, include in the application, unless the family member is receiving Work First or TANF assistance in another case. If absent for more than 90 days, see Work First Manual Section 112.

Si se espera que este miembro de la Unidad Familiar esté ausente por menos de 90 días consecutivos, inclúyalo en la solicitud, a menos de que esta persona esté recibiendo beneficios de Work First o TANF en otro caso. Si la persona está ausente por más de 90 días, vea el manual de Work First, Sección 112.

INDIVIDUAL CRIMINAL VIOLATIONS
VIOLACIONES CRIMINALES INDIVIDUALES

Anyone in the home:
Alguien en el grupo familiar

Trying to avoid a felony prosecution? Yes No **Name(s):** _____
¿Está tratando de evitar que se le persiga por un crimen? Si No *Nombre o nombres:*

Fleeing from law enforcement? Yes No **Name(s):** _____
¿Está huyendo de las autoridades policíacas Si No *Nombre o nombres:*

Trying to avoid jail after conviction of a felony? Yes No **Name(s):** _____
¿Está tratando de evitar cárcel aunque se le ha hallado culpable? Si No *Nombre o nombres:*

In violation of the conditions of probation or parole? Yes No **Name(s):** _____
¿Está violando las condiciones de libertad condicional? Si No *Nombre o nombres:*

Convicted of a drug-related felony committed on or after August 23, 1996? Yes No
¿Ha sido hallado culpable de un crimen de drogas en o después de Agosto 23, 1996? Si No

Name(s): _____ **If yes, was the conviction in North Carolina?** Yes No
Nombre o nombres Si respondió sí, ¿se le halló culpable en Carolina del Norte? Si No

If convicted in North Carolina, what was the classification of the felony? Class: _____ (classification of felony must be verified)
Si se le halló culpable en Carolina del Norte, ¿Cuál fue la clasificación del crimen? Clase (se debe verificar)

These individuals may not be eligible for cash assistance. (See Work First Manual Section 104A.)
Puede ser que estos individuos no sean elegibles para asistencia monetaria. (Vea Manual de Work First Sección 104A.)

CHILD SUPPORT SERVICES
SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Discuss the Child Support Services requirement and the right to claim good cause. (Work First Manual Section 116)

Hable acerca de los servicios de manutención infantil, sus requerimientos y el derecho de apelar a una buena causa (causa justificada). Manual de Work First Sección 116).

Absent Parent Name: <i>Nombre del padre ausente:</i>	Date of Birth <i>Nació (Fecha)</i>	Child(ren): <i>Hijo o hijos:</i>	
Address: <i>Dirección:</i>		AP Phone Number:	AP SSN:
		AP's Employer <i>Empleador:</i>	
Absent Parent Name: <i>Nombre del padre ausente:</i>	Date of Birth <i>Nació (Fecha)</i>	Child(ren): <i>Hijo o hijos:</i>	
Address: <i>Dirección:</i>		AP Phone Number: <i>Tel.</i>	AP SSN: <i>SSN:</i>
		AP's Employer: <i>Empleador:</i>	
Absent Parent Name: <i>Nombre del padre ausente:</i>	Date of Birth <i>Nació (Fecha)</i>	Child(ren): <i>Hijo o hijos:</i>	
Address: <i>Dirección:</i>		AP Phone Number: <i>Tel.</i>	AP SSN: <i>SSN:</i>
		AP's Employer: <i>Empleador:</i>	

INCOME
INGRESOS

(Refer to the Integrated Eligibility Manual Section 4000 and WF Manual Section 114)

(Refiérase a la Sección 4000 del Manual Integrado de Elegibilidad y a la Sección 114 del Manual Work First)

Does anyone in the household have income from working? Yes No
¿Alguien en el Grupo Familiar tiene ingresos por trabajo? *Sí* *No*

(Work study, sick pay, severance pay, vacation pay, working for a temporary agency, sheltered workshop, WIOA, or AmeriCorps VISTA.) If yes, complete the following:
(Se refiere a ingresos por trabajo por estudio, pago por enfermedad, pago por haber sido despedido, vacaciones, trabajo con una agencia temporal de empleo, talleres protegidos, WIOA, y AmeriCorps VISTA). Si respondió sí, conteste lo siguiente:

1. **Name:** _____ **Start Date:** _____ **Rate of Pay:** _____
Nombre: _____ *Fecha de Inicio:* _____ *Pago por hora:* _____

Employer: _____ **Work Schedule/ Hrs. per Week:** _____
Empleador: _____ *Horario de trabajo/Horas por semana* _____

Employer Address: _____ **Telephone No.:** _____
Dirección del empleador _____ *Tel.* _____

Pay Received This Month (month of app.) <i>Pago recibido este mes</i>		Pay Received Last Month <i>Pago recibido el mes pasado</i>	
Date <i>Fecha</i>	Gross Amount <i>Ingreso Bruto</i>	Date <i>Fecha</i>	Gross Amount <i>Ingreso Bruto</i>

2. **Name:** _____ **Start Date:** _____ **Rate of Pay:** _____
Nombre: _____ *Fecha de Inicio:* _____ *Pago por hora:* _____

Employer: _____ **Work Schedule/ Hrs. per Week:** _____
Empleador: _____ *Horario de trabajo/Horas por semana* _____

Employer Address: _____ **Telephone No.:** _____
Dirección del empleador _____ *Tel.* _____

Pay Received This Month (month of app.) <i>Pago recibido este mes</i>		Pay Received Last Month <i>Pago recibido el mes pasado</i>	
Date <i>Fecha</i>	Gross Amount <i>Ingreso Bruto</i>	Date <i>Fecha</i>	Gross Amount <i>Ingreso Bruto</i>

List all jobs for the last 2 months for anyone in the household who currently is not working.
Liste los trabajos que han tenido durante los últimos 2 meses los otros miembros del Grupo Familiar.

Name <i>Nombre</i>	Employer <i>Empleador</i>	Dates Worked <i>Fechas en que trabajo</i>	Date of Final Pay <i>Fecha del último pago</i>

Complete the following if anyone in the household has self-employment income, rental income, roomer income, or boarder income. (Collect at least two months' information. Additional months may be needed for a representative projection of expected income.)

Complete lo siguiente si alguien en el Grupo Familiar tiene ingresos por trabajar por su propia cuenta, ingresos por rentas, ingresos por huéspedes. (Colecte la información de al menos dos meses. Puede ser que se necesite evaluar más meses para tener una proyección del ingreso que se espera).

Name: _____ Type of Business/income: _____
 Nombre _____ Tipo de negocio o ingreso: _____

Month Mes	Income Ingreso	Expenses Gastos	Adjusted Gross Ingreso Ajustado (Neto)
1.			
2.			

Unearned Income

Otros ingresos que usted no ganó

Does anyone in the household receive any of the following?

¿Alguien en su familia recibe algo o algunos de los siguientes?

		Source of Income Fuente de Ingresos	Person Receiving Income Persona que recibe el ingreso	Freq. Frec.	Date Received Fecha (Recibido)	Avg. Mo. Amount Cantidad mensual promedio
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Work First Cash Assistance /TANF/Tribal TANF Beneficios de Asistencia Monetaria Work First/TANF/TANF de Tribu				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Financial Contributions Contribuciones financieras Contributor: Persona que le ayuda:				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Child Support/Alimony/Work Release Direct - Clerk of Court – IV-D (County: _____) Manutención Infantil, Manutención de Cónyuge/Alivio de Empleo. Orden de la Corte – IV-D (Condado: _____)				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Social Security Claim # Seguro Social Reclamo #				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Supplemental Security Income (SSI) Claim # Ingreso Suplementario (SSI) Reclamo #				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Military Allotment Compensación Militar				

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Veteran's Benefits: Compensation/Pension/ A & A Portion VA File # <i>Beneficios de Veterano: Compensación/Pensión /Porción A&A Archivo VA#</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unemployment Compensation <i>Compensación por desempleo</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Worker's Compensation <i>Compensación de trabajador</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pension/Retirement/Civil Service Annuity <i>Pensión/Retiro/Anualidad de Servicio Civil</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Railroad Retirement <i>Retiro Ferrocarrilero</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Private Disability (See WF114, III.) <i>Discapacidad Privada (Vea WF 114, III).</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Interest/Dividends <i>Intereses/Dividendos</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Educational Grants, Scholarships <i>Donaciones para educación, Becas</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Income from Trust Fund/Promissory Note <i>Ingresos de Fondos Fiduciarios/Notas Financieras</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Foster Care Payment/County Supplement <i>Pagos por Cuidado Foster/Suplemento del Condado</i>				
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Other <i>Otros</i>				

RESOURCES
RECURSOS

Does anyone in the household have any of the following? Yes No If yes, check (✓) all that apply.
¿Alguien en su grupo familiar tiene lo siguiente? Si No Marque los que se apliquen.

(Refer to Work First Manual Section 115)
(Refiérase al Manual de Work First Sección 115)

Yes Si	Resource Recurso	List all owners Propietario	Stated Value Valor	Access (A J RT I) Acceso (A J RT I)	Verified Value (Verify if questionable) Valor verificado (Si es cuestionable)
<input type="checkbox"/>	Cash /Efectivo				
<input type="checkbox"/>	Bank Account/Cuenta de Banco Checking/ Cheques Savings/Ahorros Bank Name/Nombre del Banco:				
<input type="checkbox"/>	IRA's, CD's, Money Market, Mutual Funds Bank: Bank: <i>IRA, Certificados de Depósito, MoneyMarket, Fondos Mutuos</i> Banco: Banco:				
<input type="checkbox"/>	Stocks Acciones Broker: Stock Name: # Shares: Bonds				

	Issuer: U.S. Savings Bonds Face Value: Series #:				
<input type="checkbox"/>	Other <i>Otros</i>				
A: Accessible to Owner J: Jointly Owned RT: Resulting Trust I: Inaccessible (Document reason) <i>A: Accesible</i> <i>J: Co-propietario</i> <i>RT: Resulting Trust</i> <i>I: Inaccessible</i>		Total Resources (Limit: \$3,000) <i>Total de Recursos (Limite: \$3,000)</i>			

If the family has excess resources, they may rebut/reduce the value of the resource.

Si la familia tiene exceso de recursos, puede reducir el valor de los mismos.

Does the applicant wish to rebut/reduce the value of a resource? **Yes** **No** **If yes, reason:** _____
¿Desea el solicitante reducir el valor de los recursos? *Si* *No,* *razon:* _____

(Refer to Work First Manual Section 115)
 (Refiérase al Manual de Work First Sección 115)

COLLATERAL CONTACT
CONTACTO COLATERAL

Name, address, and phone number of a person who does not live with the family or is not related to anyone in the household. In the event the ONLY potential collateral is a relative, document circumstances. Contact the collateral to verify the household situation.

Nombre, dirección y teléfono de una persona que no vive con la familia y que no tiene parentesco con ningún miembro del grupo familiar. En el caso de que el único contacto colateral es un familiar, documente las circunstancias. El contacto colateral se usara para verificar la situación de la familia.

Name/Nombre::

Method of Verification/ Método de verificación:

Telephone Call DSS- 6961/6961sp
Teléfono

Address/Dirección:

Did this collateral verify household size, composition, and residence?

¿La persona verifico el tamaño del grupo familiar, composición y residencia?

Yes **No**
Si No

If no, obtain secondary collateral/ Si respondió NO, cuales son las discrepancias

Phone/Tel:

Discrepancies: _____

ADDITIONAL INFORMATION
INFORMACIÓN ADICIONAL

1. **Does the family pay rent/mortgage?** Yes No **Amount/frequency** _____ **Rental/Mortgage Co.** _____
¿Paga renta o hipoteca? Si No *Cantidad/frecuencia* *Paga renta o hipoteca a:*

2. **Does anyone receive HUD/Section 8 assistance or a rent subsidy?** Yes No
¿Recibe asistencia para el pago de vivienda (HUD/Sección 8) Si No

If yes, how much is the family responsible for each month? \$ _____ **Payable to:** _____
¿Cuánto paga la familia cada mes? *Paga a:*

3. **Does anyone receive child care subsidy?** Yes No
¿Alguien recibe pago de subsidio para guardería infantil? Si No

If yes, determine the source. Federal (non-TANF funds) Tribal/State TANF/Work First
Si respondió sí, ¿de dónde viene el dinero? Federal (no-TANF) Tribu/Estado TANF/Work First

How much is the subsidy payment for each child in care? _____
¿Cuánto en el pago de subsidio por cada niño?

4. **Is anyone on the application a member of a federally recognized tribe?** Yes No **If yes, complete the following:**
¿Alguien en la familia es miembro de una tribu reconocida por el gobierno? Si No *Si respondió sí, conteste:*

Name <i>Nombre</i>	Tribe <i>Tribu</i>	Enrollment card <i>Tarjeta de registro</i>
1.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

ADDITIONAL SERVICES
SERVICIOS ADICIONALES

Discuss and offer to refer the family members to the following services/programs. Document all referrals in case record and include copies of referral form, if applicable. If possible, document as to referral outcome and services received, if any, by the family. Hable y refiera a los miembros de la familia a los siguientes programas o servicios. Documente las referencias hechas en el archivo e incluya copias de la forma de referencia (si es aplicable). Si es posible documente los resultados de la referencia y servicios recibidos.

Service Explained <i>Se explicó el servicio</i>	Referral <i>Se refirió</i>	
	Yes	No
<input type="checkbox"/> Child Care – Assistance in arranging and/or paying for child care for children under age 13 or disabled children. <i>Guardería Infantil – Asistencia para pagos de cuidado infantil para niños menores de 13 años o con discapacidad.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Head Start (if offered in county) - Federal preschool program that promotes the school readiness of children ages birth to 5 from low-income families. <i>Programa Head Start – Programa Federal de Pre-Kinder para niños hasta 5 años de familias de bajos ingresos.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicaid-Medicaid serves low-income parents, children, seniors, and people with disabilities. <i>Medicaid o Medicare para familias de bajos ingresos (padres, hijos, ancianos y personas con discapacidades)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Women’s Infants and Children Program (WIC)- assists with buying food if a member of the household is pregnant or has a child under 5 years of age in the home. <i>Programa WIC – ayuda para compra de alimentos en hogares con mujeres embarazadas o niños menores de 5 años.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Currently receiving WIC. <i>Ya recibe WIC.</i>		
<input type="checkbox"/> Maternity Support Services- also known as the “Baby Love Program,” promotes healthy pregnancies and positive birth outcomes. These services are available to Medicaid-eligible pregnant women during and after pregnancy (60-day postpartum period). <i>Servicios de Apoyo por Maternidad – Programa “Baby Love” promueve embarazos y nacimientos sanos. Estos servicios están disponibles para mujeres embarazadas con Medicaid durante el embarazo y 60 días después del parto.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> WIOA- Assists individuals, including youth and those with significant barriers to employment, obtain employment and training. <i>Programa WIOA – Ayuda a personas, incluyendo jóvenes que enfrentan barreras para encontrar empleo con entrenamiento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation - Assistance for individuals with disabilities for medical treatment, rehabilitation, training, education, and job placement. <i>Rehabilitación Vocacional – Ayuda a personas con discapacidades con tratamiento médico, rehabilitación, entrenamiento, educación y colocación en el empleo.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voter Registration – If are you not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Provide voter registration application) <i>¿Desea registrarse para votar? Si No (Proporcione la forma de Registro de votante)</i>	N/A	N/A
<input type="checkbox"/> If yes, offer to assist with completion of the form. Once form is completed and signed, transmit to local board of elections. Refer to WF Manual 104 VI <i>Si la persona desea registrarse para votar, ofrézcale ayuda para llenar la forma y cuando haya sido completada y firmada, envíela a la Junta Local de Elecciones. Vea manual de WF 104 VI</i>		

BENEFIT DIVERSION (IF OFFERED BY THE COUNTY AGENCY)
BENEFICIOS DIVERSIFICADOS (SI SE OFRECEN EN EL CONDADO)

Is Benefit Diversion appropriate for this applicant?

¿El programa de Beneficios Diversificados es apropiado para este solicitante?

YES

Si

NO

No

Benefit Diversion Accepted

Acepta el Programa de Beneficios Diversificados

Amount Approved \$ _____ months covered _____

Cantidad Aprobada por los meses de

Benefit Diversion Agreement (Form DSS-8657) Completed

Se completó el acuerdo de Beneficios Diversificados (DDD-8657)

Benefit Diversion Offer Declined (Reason): _____

Razón por la cual no aceptó los Beneficios Diversificados:

Cash Assistance Issuance Methods (Check method selected by applicant/recipient)

Métodos de expedición de beneficios monetarios (Marque el seleccionado)

EBT (Explain usage restrictions and provide EBT Brochure and EBT [FAQ](#))

Tarjeta de EBT (explique las restricciones y proporcione el folleto e información de preguntas frecuentes)

Direct Deposit (If new or changed information, provide [Direct Deposit Authorization Form, DSS-5023.](#))

Depósito Directo (Si la información cambio o es nueva proporcione la forma de Depósito Directo DSS-5023)

Protective Payee New ___ Change ___ No longer required ___

Pago protegido Nuevo Cambió Ya NO es necesario

(Complete [DSS-1665, Work First Family Assistance Protective Payee Agreement](#), if changed or new) Refer to the Work First Manual to determine if a Protective Payee is mandatory.

(Si seleccionó Nuevo o Cambió, complete la Forma DSS-1665, Acuerdo del Programa de Asistencia Work First con Pago Protegido). Vea el manual de Work First para determinar si el Pago Protegido es mandatorio.

CERTIFICATIONS

CERTIFICACIONES

Check (✓) that each of the following was explained and applicable notice/form provided to applicant/recipient.

Marque para indicar que se explicó y proporcionó las siguientes formas o avisos al solicitante o beneficiario

Rights and Responsibilities/ *Derechos y Responsabilidades .*

AUDIT/DAST screening was completed for applicable adult(s)/ *La Evaluación AUDIT/DAST fue completada para cada adulto aplicable*

MRA Core Requirements was signed by each adult./ *Se firmaron los Requerimientos MRA por cada adulto. DSS-6963A*

DSS-6966 (Notification of the Family Violence Option)/ *Aviso de Violencia Familiar. DSS-6966*

DSS-8221 (Work Requirements if Child Care Not Available)

Requerimientos de Trabajo cuando no hay servicio de Guardería Infantil disponible. DSS-8221

DSS- 5334 (Notice of Requirement to Cooperate and Right to Claim Good Cause for Refusal to Cooperate in Child Support Enforcement). *Aviso de Requerimiento para Colaborar y el Derecho de Reclamar una Causa Justificada para no Cooperar con el Programa de Child Support (Manutención Infantil). DSS-5334*

Job Quit Penalty/ *Castigo por renunciar a un trabajo*

Learning Needs Screening Tool Waiver & Consent Agreement Completed (DSS-5330)

Se complete el Acuerdo de Excepción de Evaluación de Necesidades Aprendizaje. DSS-5330

Learning Needs Screening Tool completed, if applicable. (DSS-5327)

Se complete la Evaluación de Necesidades del Aprendizaje, si es aplicable. DSS-5327.

Voter registration opportunity and voter registration application/ *Oportunidad de Registro de Votante y solicitud*

I/Yo _____, understand that by signing this form, I am stating that/ entiendo que al firmar esta forma declaro lo siguiente:

(applicant/recipient printed name - Nombre con letra de molde del solicitante o beneficiario I:

- ✓ **I understand the penalties for giving false information, and I have told the truth on this form.**
Entiendo las penalidades por dar información falsa. He dicho la verdad en esta forma.
- ✓ **I know my rights and what I must do to get assistance.**
Se mis derechos y lo que tengo que hacer para obtener asistencia.
- ✓ **I agree to give information about what I have said.**
Estoy de acuerdo en dar información acerca de lo que he dicho.
- ✓ **I agree to report changes to the social services agency.**
Estoy de acuerdo en reportar los cambios que sucedan a la agencia de Servicios Sociales.
- ✓ **I agree to let the social services agency get proof of what I have said from any person or another agency.**
Doy autorización a la agencia de Servicios Sociales para obtener pruebas de parte de cualquier otra persona o agencia de lo que he declarado.
- ✓ **I know the social services agency keeps private anything said about my situation.**
Sé que la agencia de Servicios Sociales mantendrá privada la información de mi situación.
- ✓ **I will not access the cash assistance on my EBT card or use my cash assistance in any liquor store, gambling or gaming establishment or any establishment that provides adult oriented entertainment.**
No obtendré asistencia en efectivo al usar mi tarjeta de EBT, o la usare en tiendas de licor, para apuestas, o en establecimientos de juego, o en establecimientos de entretenimiento para adultos.
- ✓ **I know if I do not sign this form, I will not get assistance.**
Sé que si no firmo esta forma no obtendré asistencia.

Applicant/Recipient Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Solicitante o Beneficiario *Fecha:*

Witness Signature: (if signed with an "X") _____ **Date:** _____
Firma de un Testigo (Si firmo con una "X"): *Fecha:*

Interviewer's Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Entrevistador: *Fecha:*

Other Case Information
Otra información del caso

Months used on the Time Limits: _____ of 24 State _____ of 60 Federal _____ of 60 State
Meses usados del límite *24 del Estado* *60 de Federal* *60 de Estado*

Family Cap Child Yes No **If yes, child's name:** _____
Familia con Menor CAP *Si* *No* *Nombre del menor*

Minor Parent Yes No **If yes, minor parent's name:** _____
Padre o Madre menor de edad *Si* *No* *Nombre del padre o madre menor de edad*

Case Decision
Decisión en el caso

Approved **Pending/Reason** _____
Aprobado *Pendiente/razón*

Denied **Withdrawn Reason:** _____
Negado *Retirado* *razón:*

Processor's Printed Name/Signature _____ **Date** _____
Firma y nombre del procesador *Fecha*