



Servicios Sociales del Condado de Clark

Instrucciones para Personas Aplicando por Asistencia.

Complete la siguiente informacion
Firme la Certificacion y Consentimiento para Obtener Asistencia antes de ver al trabajador(a).

Procedimiento:

Devuelva este paquete incluyendo la forma para buscar trabajo y carta del propietario(arrendatario) cualquier dia laboral durante horas de oficina, que son las siguientes:

Oficina	Direccion	Dias	Horarios
Pinto	1600 Pinto Lane, Las Vegas Phone: 455-4270	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Community Resource Center	2432 N. Martin Luther King Blvd., North Las Vegas Phone: 455-7208	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Cambridge Annex Office	3885 S. Maryland Pkwy. Phone: 455-8639	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Cambridge	3900 Cambridge St., Suite 208, Las Vegas Phone: 455-8687	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Henderson	522 E. Lake Mead Parkway Suite #35 Phone: 455-7918	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.
Fertitta	1504 N. Main Street Las Vegas, Nv Phone: 455-1990	Lunes-Viernes	8:00 a.m.- 5:00 p.m.

Informacion General:

- No sabemos cuanto tiempo nos tome para poder atenderlo. Por favor venga preparado para esperar (traiga medicamentos, comida, formula de bebe, pañales etc.).
- Conteste todas las preguntas con la verdad, y provea todas la informacion requerida, si usted no lo hace, se le podria negar la asistencia.
- Traiga todas la documentacion necesarias para que usted no tenga que hacer viajes adicionales.
- Por favor notifique a la recepcionista si usted se siente enfermo.
- Llene las aplicaciones de trabajo solamente si existen plazas disponibles o seran disponibles en las proximas semanas. Empleadores potenciales seran llamados por telefono para verificar su aplicacion.
- Encuentre usted un lugar para vivir que incluya servicios. El propietario debera completar la forma de verificacion de residencia.
- El encargado(a) de su caso debera verificar su situacion de renta por telefono.
- Para recibir asistencia financiera se le podria pedir que participe en el programa de trabajo.

**Por favor revise la siguiente lista.
Usted tendra que traer las siguiente documentacion :**

- **Identificacion-** Dos (2) formas de identificacion seran requeridas por cada miembro de su familia. Acta de nacimiento, tarjeta de Seguro Social, cartillas de vacunas, certificado de bautizo. Por lo menos una de estas indentificaciones tendra que tener una (1) foto valida.
- **Ingresos-**Por los ultimos tres (3) meses - talones de cheque, desempleo, prestamos, contribuciones de la familia/amigos, TANF, mantenimiento de hijo(s), Pago de VA, Seguro Social, pensiones, anualidades, propiedades que rente, descuentos de servicios (utilidades).
- **Residencia-**Donde vive usted. Traiga su contrato de renta, el ultimo recivo de renta o pago de hipoteca. Si usted vive en el apartameto o casa de un familiar o amigo, traiga con usted una carta escrita de la persona dando informacion sobre su arreglo de renta y traiga con usted un recibo de renta o hipoteca de esa persona.
- **Posesiones-**Los ultimos tres(3) estados de su cuenta de banco de cheque y/o de ahorros y otra cuentas como (CD, IRA) con balances al corriente, contenidos de caja bancarias de deposito de seguro.
- **Informe de Incapacidad** -con fecha de los ultimos treinta (30) dias, escrita por su doctor informando sobre su problema medico y el tiempo que durara su incapacidad y su inabilidad de trabajar.
- **Busqueda de Empleo** -Por favor use la forma de busqueda de empleo, lea las instuccion es cuidadosa mente para que no se le pida buscar trabajos adicionales antes de que se le pueda dar asistencia. Diez (10) aplicaciones de trabajo dentro de los ultimos treinta (30) dias seran requeridas. Para los clientes que regresen a solicitar asistencia cuarenta (40) aplicaciones seran requeridas.
- **Demandas Legales-**Casos o acciones legales pendientes, papeles documentando dichas acciones.
- **Sumas de Dinero Otorgadas-**Recibidas en los ultimos treinta-y-seis (36)meses. Ejemplos: arreglos por accidentes de auto, juegos de azar, pagos retroactivos del Seguro Social , compensacion de trabajador, herencias, devolucion de impuestos etc .
- **Propiedades/Terrenos** - Que usted tenga o haya vendido en los ultimos treinta-y-seis (36) meses incluyendo propiedades fuera del pais el valor actual de la propiedad o prueba de la cantidad recibida incluyendo la fecha de venta.
- **Polizas De Seguro-**Traiga numeros de seguros de vida, medico, funeral, incluyendo nombres, domicilios, telefonos de las compañías aseguradoras, valor de las polizas, valor de prestamos y la cantidad en efectivo otorgado.
- **Deudas-**Comprobantes de deudas que tenga actualmente. Recibo de pago y cuentas que no haya pagado al doctor en los ultimos tres (3) meses. Recibos de utilidades, pagos de auto, tarjeta de credito, prestamo de estudiante etc. Los tres (3) ultimos estados de tarjeta de credito y balances de cada deuda.
- **Gastos Medicos-**Comprobantes de cuentas o pagos que haya o no pagado en los ultimos tres (3)meses. Recibos de prescripciones. Pagos hechos a proveedores medicos. Cobros de proveedores medicos.
- **Acta de Divorcio-**Arreglo y prueba de custodia de los niños.
- **Certificado de Registro-**de cada automovil, bote, casa de motor, remolque de viaje etc, certificados de registro.
- **Documetacion de Negocios-**Prueba de los ultimos (tres) 3 años de su devolucion de impuestos y registros.

■ **Otras Posesiones**-Que usted tenga actualmente o haya tenido en los últimos treinta-y-seis (36) meses. Prueba y valor de cualquier otras posesiones.

■ **Immigracion**-Prueba de estado migratorio, la declaracion jurada (affidavit) de manutencion del patrocinador. Si usted a vivido en los Estados Unidos menos de cinco (5) años su patrocinador tendra que acompañarlo a la agencia. Elegibilidad sera determinada de acuerdo a los ingresos y situacion financiera de su patrocinador.

■ **Familia Cercana**-Nombres y domicilios de conyuge, padres, hermanos, e hijos adultos.

Si su conyuge o pareja no puede venir a la agencia debido a su empleo o por circunstancias medicas usted tendra que llenar la seccion de Designacion De un Representante Autorizado, que se encuentra al final de este paquete en la forma de Certificado y Consentimiento para obtener su informacion. Su conyuge o pareja se le podra pedir que venga otro dia.

A usted se le podria requerir que aplique por asistencia de cualquiera de los siguientes programas antes de que los Servicios Sociales del Condado Clark determine su elegibilidad.

- ◆ Para ayuda temporal para las familias necesitadas (TANF), usted tendra que tener su entrevista con Nevada State Welfare antes de que se le pueda considerar para brindarle beneficios.
- ◆ Beneficios de seguro de desempleo (UIB)
- ◆ Ingresos Suplementarios de Seguro (SSI)
- ◆ Beneficios del Seguro Social (retiro, sobreviviente , discapacidad, ect.)
- ◆ Medicaid
- ◆ Beneficios de Veteranos (VA)
- ◆ Compensaciones Laborales.

Nota: El trabajador (a) de su caso le informara de cualquier otra informacion que sea necesaria dependiendo de su caso.



Servicios Sociales del Condado de Clark Informacion de su Hogar

Por favor complete esta forma de la mejor manera posible.
Toda informacion debera ser escrita con letra de molde de la forma mas clara posible.

1. Por favor complete la siguiente informacion sobre las personas que viven en su residencia, incluya a su conyuge aun cuando no viva con usted.

Nombre	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estado civil	Numero de seguro social	Relacion con usted	Vive con usted?
						yo mismo	
						conyuge	

Address _____ Phone #: _____

2. Por favor marque (✓) la clase de asistencia por la cual esta aplicando hoy:

Financiera	Medica	Transportacion	Otra (por favor especifique)
<input type="checkbox"/> Renta/Hipoteca <input type="checkbox"/> Utilidades	<input type="checkbox"/> Visita Clinica <input type="checkbox"/> Prescripciones <input type="checkbox"/> Cobro de Hospital	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Fuera del Estado	<hr/> <hr/> <hr/>

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Algun miembro de su hogar a prestado Servicio Militar en est pais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene usted cobros de hospital que no esten pagados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Algun miembro de su hogar a recibido sumas fuertes de dinero en los ultimos treinta-y-seis (36) meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Algun miembro de su hogar a vendido, intercambiado vehiculos, propiedades regalado dinero u otros recursos. Cancelado alguna cuenta de banco en los ultimos treinta-y-seis (36) meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. En donde a trabajado su conyuge en los ultimos tres (3) meses?

Domicilio del Empleador	Ocupacion	Cuanto le Pagan	Fecha en que Empezo a Trabajar	Fecha en que dejo de Trabajar

13. Lista de todos los miembros de su familia (padres, hermanos, hijos adultos) u otros que puedan ser contactados en caso de emergencia.

Nombre	Relacion con usted	Domicilio	Telefono

14. Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar cualquiera de los siguientes recursos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta De Ahorros | <input type="checkbox"/> Cuentas de Cheques |
| <input type="checkbox"/> Cuenta En Union de Credito | <input type="checkbox"/> Fondos para funerales |
| <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro | <input type="checkbox"/> Polizas de seguros de vida |
| <input type="checkbox"/> Vehiculo(s) | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a la mano |
| <input type="checkbox"/> Ahorros en la bolza de valores | <input type="checkbox"/> Fondos confiados (trust funds) |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilacion individual (IRA) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Keogh (401k) |
| <input type="checkbox"/> Certificados de deposito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros navideños |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de dinero Indigena Individuales (IIMM) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Otras casas, tierras o edificios | <input type="checkbox"/> Notas o contratos prometedores |
| <input type="checkbox"/> Herencias o Prestamo de vida | <input type="checkbox"/> Reclamacion de minas |
| <input type="checkbox"/> Derechos de tierra o minerales | <input type="checkbox"/> Caja de deposito Seguros |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques de negocio | <input type="checkbox"/> Equipo/Inventario de negocios |
| <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |



Servicios Sociales del Condado de Clark(CCSS)
Certificacion y consentimiento para compartir informacion

Con el mejor de mi conocimiento y bajo los castigos por perjurio yo declaro que toda informacion proveida por mi es verdadera y correcta y no vendere intercambiare, no dare mal uso o destruire intencionalmente cualquier material proveido o servicios otorgados hacia mi. Yo notificare a los Servicios Sociales del Condado de Clark (CCSS) en cuanto haya cambios en mis circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad para recibir asistencia.

Yo estoy enterado que si se me niega la asistencia yo puedo apelar esta decision. Tambien estoy enterado que si no proveo todas los documentos requeridos en un lapso de treinta (30) dias de a ver sometido esta aplicacion mi aplicacion sera cancelada.

Yo autorizo a (CCSS) para que haga cualquier investigacion concerniente a mi o cualquier miembro de mi hogar /unidad de servicio que sea necesario para determinar elegibilidad de qual quier beneficio que yo tenga o que recibire bajo los programas administrados por (CCSS).

Yo autorizo y doy mi consentimiento a cualquiera que tenga alguna o toda informacion concerniente a mi hogar/unidad de sevicio para que dicha informacion sea compartida de cualquier forma, sin limitaciones incluyedo informacion que sea considerada confidencial por la ley de otra manera la asistencia podra sera negada . Tabien autorizo a (CCSS) para que otorge cualquier informacion a otras agencias gubernamentales (locales,estatales,o federales) que sean necerarias para determinar mi/nuestra elegibilidad para obtener asistencia ya sea de (CCSS) o de otra agencia gubernamental. Yo libro de cualquier cargo al que tenga dicha informacion que pueda resultar al revelarse dicha informacion requerida. **UNA COPIA REPRODUCIDA DE ESTA AUTORIZACION LEGALMENTE CONSTITUYE UNA COPIA ORIGINAL**

_____	_____	_____	_____
Firma (cabeza del hogar)	Fecha	Firma (conyuge)	Fecha

TESTIGO : (solamente si el aplicante no puede leer, escribir y/o si es ciego)

Yo _____, testifico que la forma de certificacion y consentimiento para obtener informacion , le fue leida al aplicante y estuve de testigo cuado se firmaron.

_____	_____
Firma/Fecha	Domicilio



Department of Social Service

Michael J. Pawlak, Director

Bobby J. Gordon, Assistant Director

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106 • (702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950



Contrato de Comportamiento

Las oficinas del Servicio Social del Condado de Clark (CCSS) se esforzaran en proveer todos los servicios para los cuales usted podria ser elegible en un ambiente que es seguro y cordial para el personal y sus clientes.

El siguiente "Contrato de Comportamiento" es un acuerdo al cual los clientes deberan obedecer para poderles asistir en obtener beneficios que ellos califiquen.

Personal del Condado de Clark se compromete a:

- ◆ Esforzarse en dirigir sus necesidades y elegibilidad de los programas de CCSS.
- ◆ Proveer servicio cortez y respetuoso.
- ◆ Conducirse en una manera respetuosa.
- ◆ Obedecer las polizas y reglamentos de programas de asistencia ofrecidos por el CCSS.

Todo Cliente se comprometera a:

- ◆ Tratar a nuestro personal con cortesia y respeto.
- ◆ Hablar en un tono de voz moderado.
- ◆ No usar palabras derogatorias, discriminatorias o sexualmente inapropiadas.
- ◆ No amenazas de violencia, ni actos violentos dirigidos a nuestro personal.
- ◆ Abstenerse de consumir bebidas alcoholicas o drogas ilicitas antes o durante su visita a cualquier oficina del CCSS.
- ◆ Acatar las polizas y reglamentos de los programas para los que cuales usted esta solicitando.
- ◆ Mantener una conducta apropiada durante su estancia en la sala de espera o en la oficina de su trabajador(a).

(Ver al reverso para Sanciones & Firmas)

BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS

Steve Sisolak, Chair • Lawrence L. Brown III, Vice Chair
Susan Bragers • Chris Giunchigliani • Marilyn Kirkpatrick • Mary Beth Scow • Lawrence Weekly
Donald G. Burnette, County Manager



Department of Social Service

Michael J. Pawlak, Director

Bobby J. Gordon, Assistant Director

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106 • (702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950



Sanciones

El no obedecer los requisitos de conducta anteriores podria resultar en negacion de servicios. Tambien se le prohibiria el acceso a todas las oficinas del CCS hasta que usted pueda comportarse de una manera apropiada.

Aviso de Sanciones - Sera dada a todo cliente quien comienze a exhibir elevado tono de voz, conducta aspera y hostil y a los solicitantes que no cooperen con los trabajadores que esten tratando de asistirles. Despues de recibir una copia del contrato, se le pedira a el cliente que desaloje y regrese otro dia.

Sancion de 30 dias – Sera impuesta sobre los clientes que se comporten en una manera hostil y los guardias de seguridad sean llamados para escoltar al cliente fuera de las oficinas de Servicio Social.

Sancion de 60 dias – Sera impuesta sobre los clientes que actuen en una manera violenta y requiera que sea llamada la Policia para remover al cliente de las oficinas del Servicio Social.

Sancion Permanente – Sera impuesta sobre los clientes que amenacen a los empleados o muestren comportamiento violento/agresivo tal como tirar objetos, arrebatat papeles de un empleado, etc. Si se le prohibio permanentemente de las oficinas del Servicio Social, se le pedira conducir sus asuntos con la agencia por correo.

Al firmar este contrato, usted el cliente acepta haber sido informado y entender que es considerado conducta inapropiada al solicitot servicios en cualquier oficina del CCSS. Usted tambien esta informado de las posibles consecuencias al no obedecer el contrato.

_____	_____	_____	_____
Cliente	Fecha	Representante de CCSS	Fecha

Copia firmada sera archivada y agregada al folder del cliente – "Sanciones/Seguridad" Categoria.

El cliente podra recibir una copia para su archivo.