



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número de caso: \_\_\_\_\_  
Unidad de casos: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Teléfono del  
Trabajador(a): \_\_\_\_\_  
Teléfono de FH&C .: \_\_\_\_\_

**Petición para la Asistencia de Emergencia, asignaciones adicionales,  
o para añadir una persona al caso de Asistencia en Efectivo  
(solo para participantes)**

Favor de rellenar este formulario si necesita asistencia de emergencia, asignaciones adicionales o para añadir una persona al caso.

**Recuerde:**

- (1) Se le podría pedir prueba de los datos que usted proporcione. Si tiene problemas para obtener las pruebas, su trabajador debe ayudarle con eso.
- (2) Podría tener que reunirse con su trabajador de casos. En tal caso, se le programará una cita.

---

---

**SECCIÓN I: ASISTENCIA DE EMERGENCIA**

**Solicito el siguiente tipo de asistencia de emergencia:**

**La razón por la que necesito la asistencia de emergencia es:**

**(Gire la hoja)**

*(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)*

---

---

**SECCIÓN II: ASIGNACIONES ADICIONALES**

**Solicito la(s) siguiente(s) asignación(es) por necesidad especial:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler atrasado  | <input type="checkbox"/> Asignación adicional para combustible   |
| <input type="checkbox"/> Reparación de artículos del hogar de primera necesidad   | <input type="checkbox"/> Reparaciones a la propiedad   |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca y/o impuestos atrasados   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de ropa perdida debido a desastres, tal como falta de albergue o incendio |
| <input type="checkbox"/> Asignación para embarazo   | <input type="checkbox"/> Otras asignaciones:   |
| <input type="checkbox"/> Asignación para restaurante porque no puedo preparar comidas donde vivo  |  |
| <input type="checkbox"/> Asignación para entierros – usted o su representante debidamente autorizado debe solicitar esta asignación en esta dirección:<br>Office of Burial Services<br>33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor<br>Long Island City, NY 11101<br>Teléfonos: 718-473-8310 |  |

**Gastos relacionados con la mudanza:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza   | <input type="checkbox"/> Muebles y otros artículos del hogar              |
| <input type="checkbox"/> Depósito/acuerdo de garantía                                      | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de muebles y artículos personales |
| <input type="checkbox"/> Comisión del agente inmobiliario/ vale de pago ( <i>voucher</i> ) |   |

Nueva dirección: \_\_\_\_\_  
(incluya número de apartamento)

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

¿Cuándo se mudó? \_\_\_\_\_ Nuevo alquiler: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador: \_\_\_\_\_

Nombre del inquilino principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(incluya número de apartamento)

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

---

---

**(Gire la hoja)**

---

---

### SECCIÓN III: SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO

Solicito los siguientes servicios de apoyo para:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vestimenta para los participantes que realicen actividades relacionadas con la búsqueda de trabajo, que se encuentren en circunstancias <b>excepcionales</b> , tales como la falta de vivienda o incendio reciente y falta de vestimenta adecuada. | <input type="checkbox"/> Asignación para cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario. |
| <input type="checkbox"/> Actividad/participación relacionada con obtener alguna licencia, uniformes o alguna tarifa de bienes duraderos, dentro de los límites aprobados, a la hora de presentar documentación que compruebe la necesidad de dichos artículos.              | <input type="checkbox"/> Transporte público necesario  |
|   | <input type="checkbox"/> Otros servicios de apoyo relacionados con actividades de trabajo:                   |
|   | <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>                                      |

Se proporcionarán los servicios necesarios cuando usted inicie alguna actividad de trabajo. Si se produce algún cambio en sus necesidades o si no está recibiendo algún servicio necesario, debería solicitar una asignación adicional.

---

---

### SECCIÓN IV: AÑADIR UNA PERSONA AL CASO

Usted puede presentar este formulario a su trabajador de casos aunque no tenga toda la información necesaria.

Deseo añadir la(s) siguiente(s) persona(s) a mi caso de Asistencia en Efectivo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> un recién nacido  | <input type="checkbox"/> un cónyuge quien anteriormente haya presentado solicitud y haya sido rechazado por su estado migratorio, pero dicho estado ya ha cambiado. |
| <input type="checkbox"/> un menor que se ha integrado al hogar   | <input type="checkbox"/> a mí mismo/adulto beneficiario del caso  |
| <input type="checkbox"/> un menor de 18 años de edad (cuyo estado migratorio ha cambiado desde mi última solicitud/recertificación)  | <input type="checkbox"/> Otra persona _____   |
| <input type="checkbox"/> un cónyuge/adulto que vive conmigo quien no haya presentado solicitud anteriormente (para poder recibir asistencia dicha persona debe rellenar una solicitud) | <input type="checkbox"/> Otra persona _____   |

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de mudanza/regreso: \_\_\_\_\_

Fecha de mudanza/regreso: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social (de saberlo): \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social (de saberlo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha del pedido

\_\_\_\_\_  
Hora del pedido  AM  PM

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha