



Fecha: _____
Nombre del caso: _____
Número de caso: _____
Unidad de casos: _____
Centro: _____
Tel. 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 completar 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.
- (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: | |

Office of Burial Services
33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor
Long Island City, NY 11101
Teléfono: 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 o del intermediario/vale de pago (<i>voucher</i>) | |

Nueva dirección: _____
(incluya el número de apartamento)

Ciudad Estado Código postal

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

Nombre del arrendador: _____

Nombre del inquilino principal: _____

Dirección: _____
(incluya el 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:

- Vestimenta para los participantes que realicen actividades relacionadas con la búsqueda de trabajo, que se encuentren en circunstancias excepcionales, tales como la falta de vivienda o incendio reciente y falta de vestimenta adecuada.
- 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.
- Asignación para cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario.
- Transporte público necesario
- Otros servicios de apoyo relacionados con actividades de trabajo:

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:

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

Nombre: _____

Fecha de mudanza/regreso: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social (de saberlo): _____

Nombre: _____

Fecha de mudanza/regreso: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social (de saberlo): _____

Firma del/de la participante

Fecha de la
petición

Hora de la petición

AM PM

Worker's Name [Nombre del trabajador(a)]

Date [Fecha]