

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ALABAMA**

**Programa de Ayuda Familiar (FA)**

**Formulario de solicitud de ayuda**

Para postularse, solamente necesita completar su nombre, dirección, firma y la fecha a continuación. Llene el formulario tanto como sea posible. Si necesita ayuda, el trabajador le dará una mano para completar el resto de su solicitud. En caso de necesitar los servicios de un intérprete debido a un impedimento del lenguaje o sensorial, déjenos saber para que su trabajador coordine la ayuda sin costo alguno para usted.

Necesita intérprete:  Sí  No

Tipo: Lenguaje \_\_\_\_\_; Sensorial \_\_\_\_\_  
(Especificar) (Especificar)

**PARA USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO**

Fecha de entrega/envío \_\_\_\_\_

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Expediente del caso n.º \_\_\_\_\_

Expediente del PSD n.º \_\_\_\_\_

Fecha de la cita \_\_\_\_\_

Hora de la cita \_\_\_\_\_

Trabajador \_\_\_\_\_

Presentación de la solicitud

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre

Otros nombres que utilice

Estado civil y fecha correspondiente

Casado Fecha \_\_\_\_\_  Separado Fecha \_\_\_\_\_

Viudo Fecha \_\_\_\_\_  Divorciado Fecha \_\_\_\_\_

Soltero

Teléfono particular/para dejar mensajes

Correo Electrónico

Domicilio en el que vive

N.º de apartamento

Ciudad y estado

Código postal

País

Domicilio postal (si no coincide con el domicilio en el que vive)

**CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LO QUE DECLARO EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERO Y CORRECTO.**

Firma o marca

Fecha

Firma del testigo (si colocó una marca)/intérprete/otro

Fecha

Si cumple con los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha en que recibimos su solicitud firmada. Antes de poder acceder a los beneficios, debe presentarse en nuestra oficina para mantener una entrevista con un trabajador. Necesitamos comprobantes de la información que proporcione en su solicitud de Ayuda Familiar. Tomaremos una decisión definitiva con respecto a su solicitud dentro de los 30 días de haberla recibido. Si algo de lo que nos informó cambia después de la entrevista, debe informárselo a su trabajador de inmediato.

Antecedentes de manutención

¿Cómo ha hecho hasta ahora para ocuparse de su manutención y de la manutención de las personas para las que solicita ayuda? ¿Por qué necesita ayuda ahora?

Información sobre el solicitante	<p><b>EDAD de los NIÑOS QUE VIVEN en el HOGAR:</b> Los niños incluidos a continuación deben vivir con usted y tener menos de 18 años (o 18 años si son estudiantes de tiempo completo en una escuela secundaria o en un -centro de capacitación técnica o vocacional de igual nivel). (La escuela secundaria incluye educación pública, privada, religiosa y enseñanza en el hogar desde 9. ° hasta 12. ° grado).</p> <p><b>Solicitante que TIENE VÍNCULO FILIAL:</b> Incluya su nombre en la línea 1 a continuación. A partir de la línea 2, incluya el nombre de los niños para los que desea solicitar ayuda y de sus hermanos y hermanas. Incluya también el nombre de cualquier otro padre de los niños que viva en su hogar y de su cónyuge, si es que vive con usted.</p> <p><b>Solicitante que NO TIENE VÍNCULO FILIAL:</b> Incluya su nombre en la línea 1 a continuación. A partir de la línea 2, incluya el nombre de los niños para los que desea solicitar ayuda y de sus hermanos y hermanas. Incluya también el nombre de cualquier padre o padrastro de los niños que viva en su hogar. <b>NOTA:</b> Dado que usted no es el padre, proporcionar su número de seguro social o información sobre su condición de ciudadano o extranjero es opcional.</p>							
	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre Use la primera línea para sus datos	Vínculo con usted	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo	* Raza Etnia	Condición de ciudadano o extranjero	
							Ciudadano o natural de Estados Unidos SI/No	Condición de inmigrante satisfactoria SI/No
	1.	Usted						
	2.							
	3.							
	4.							
5.								
6.								
Otros miembros	<b>OTROS:</b> Incluya a sus padres o padrastro(s) si tiene menos de 18 años y vive en la misma casa.							
Registro del Votante	<p><b>SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿QUISIERA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí, quisiera registrarme para votar.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, estoy registrado pero quisiera cambiar mi dirección con el fin de votar.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no deseo solicitar registrarme para votar.</p> <p><b>SI NO MARCA NINGÚN CASILLERO, SE CONSIDERARÁ QUE OPTÓ POR NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTA OPORTUNIDAD.</b></p> <p>Solicitar registrarse para votar o no hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia</p> <p>Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, podemos ayudarlo. Puede buscar asistencia con el formulario de solicitud buscando asistencia al momento de su entrevista o llamando al Departamento local de Recursos Humanos ubicado en su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda corre por cuenta suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.</p> <p>Si elige solicitar registrarse para votar o si rechaza registrarse para votar, la información en el formulario de solicitud o rechazo permanecerá confidencial y solamente se utilizará para fines de inscripción del votante.</p> <p>Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o rechazar registrarse para votar, con su derecho de privacidad sobre decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en State Capitol, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, Al 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).</p>							
	<p>*Los datos sobre la etnia se usan a nivel federal para fines estadísticos e informativos únicamente.</p> <p><b>Esta información no afectará el cumplimiento de los requisitos.</b></p> <p>Si no completa esta información, otra persona la completará por usted.</p>							
Códigos de raza y etnia	<p>01=Amerindio/Nativo de Alaska</p> <p>02=Asiático</p> <p>03=Negro/Afroamericano</p> <p>04=Nativo de Hawái/Nativo de otra isla del Pacífico</p> <p>05=Blanco</p> <p>06=Amerindio/Nativo de Alaska y blanco</p>							
	<p>07=Asiático y blanco</p> <p>08=Negro/Afroamericano y blanco</p> <p>09=Amerindio/Nativo de Alaska y negro</p> <p>12=Asiático y negro</p> <p>33=Hispanico/Latino/Cubano/Haitiano</p> <p>32=Otro (el trabajador determinará el código correspondiente en la entrevista)</p>							
Derechos civiles	<p>Las normas del programa son las mismas para todos. Su raza, color, origen nacional, sexo, impedimento físico, creencia o religión no tienen importancia. Para presentar una queja sobre el Programa de Ayuda Familiar, envíe una carta al Department of Health and Human Services (DHHS), Office of Civil Rights, Room 509F, 200 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20201 o llame al 1-800-368-1019. El DHHS es un prestador y un empleador que promueve la igualdad de oportunidades.</p>							

