

Condado: _____

ICS: _____

HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD

PARA PADRES QUE NO TIENEN LA CUSTODIA DE NIÑOS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO) Y FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS (menos del 200% del nivel de pobreza)

Marque uno: Familias debajo del 200% del nivel de pobreza
 Padre que no tiene la custodia de niño que participa en el programa Work First

Lenguaje de Preferencia: _____ **¿Necesita intérprete o traductor?** ___SI ___ NO

Forma [DSS- 10001, Acuerdo de Servicios de Lenguaje](#) (Para personas que hablan un Inglés Limitado (LEP)). Se proporcionó una copia y fue firmada por el solicitante. (Los servicios de interpretación o traducción le pueden ser proporcionados gratuitamente por la agencia.) [Instrucciones para completar la forma DSS-10001](#)

¿Tiene alguna discapacidad que desee reportar? (El reporte de alguna discapacidad es VOLUNTARIO)
___ Si ___ No, o prefiero no reportar. **DISCAPACIDAD:** "Discapacidad significa, que la persona tiene: (1) un impedimento físico o mental que limita una o mas actividades mayores en su vida; (2) hay un registro de tal impedimento; o (3) que se le ha referido como una persona que padece de tal "impedimento" de acuerdo al Acta de Americanos con Discapacidades de 1990.

[Acuerdo de Excepción de la Herramienta de Evaluación de Necesidades & Acuerdo de Consentimiento \(DSS-5330\)](#)

Completado Declinado [Herramienta de Evaluación de Necesidades del Aprendizaje \(DSS-5327\)](#)

¿Necesita ayuda para llenar la solicitud o para la entrevista? ___Si ___ No

Se proporciono la solicitud de Registro de Votante (Proporcione la solicitud de votante a todos los solicitantes. Refiérase al Manual de WF Sección 104)

¿Alguno de los solicitantes tiene alguna Violación Intencional al Programa? Si No

Alguno de los solicitantes:

¿Trata de evitar persecución por un crimen? Si No Nombre: _____

¿Está huyendo de la ley? Si No Nombre: _____

¿Está evitando ir a la cárcel después que se le encontró culpable de un crimen? Si No Nombre: _____

¿Está violando las condiciones de probación o parole? Si No Nombre: _____

¿Ha sido convicto de un crimen de drogas cometido en o después de Agosto 23, 1996? Si No

Nombre: _____ Si contesto SI, ¿Fue convicto en NC? Si No

Si fue convicto en NC, ¿Cuál fue la clasificación del crimen? Clase: _____

[La clasificación del crimen debe ser verificada por la agencia. Estas personas pueden no ser elegibles para servicios]. Usted tiene que proporcionar únicamente información de Ciudadanía Americana o Estatus de Inmigración de las personas solicitando beneficios del Programa Work First (Trabajar Primero).

Nombre del Padre (Madre)/Cuidador: _____ Ciudadano Inmigrante Calificado
_____ Ciudadano Inmigrante Calificado

DSS-8225 SP (02-2021)
Servicios Económicos y Familiares

La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte (NC DSS) cumple con las leyes de Derechos Civiles aplicables y no discrimina sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, reprimendas o represalias por actividades previas de Derechos Civiles en cualquier programa o actividad conducida o con fondos del US Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Dirección: _____
 _____ Teléfono: _____

Padre que no tiene la custodia y recibe Beneficios de Work First (Trabajar Primero):

Nombre del niño: _____ Número de Work First PDC: _____

Titular en caso Work First: _____ # Ingreso de Apoyo: _____

Escriba los niños que vivan en casa:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación con el solicitante</u>	<u>Ciudadanía o Estatus de Inmigración</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> US Ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> US Ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> US Ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> US Ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> US Ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante calificado

1. Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Fuente de Ingresos	Ingreso Bruto Mensual
	TOTAL:

2. Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Fuente de Ingresos	Ingreso Bruto Mensual
	TOTAL:

Total de recursos disponible para el Grupo Familiar: \$ _____ [no debe exceder los \$3000]

NIVEL DE POBREZA FEDERAL 2021 (CANTIDAD MENSUAL)										
Family Size	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
200%	\$2,147	\$2,903	\$3,660	\$4,417	\$5,173	\$5,930	\$6,687	\$7,443	\$8,200	\$8,957
150%	\$1,610	\$2,178	\$2,745	\$3,313	\$3,880	\$4,448	\$5,015	\$5,583	\$6,150	\$6,718

Fecha de Aprobación: _____ Período de Autorización (1 a 12 meses): _____

Fecha de Negación: _____ Razón: _____

Fecha de entrada DSS-5027: _____ Fecha de Notificación del Programa FNS: _____

Documento en los archivos del caso las metas, actividades y los servicios provistos para el padre o la familia.

Yo, _____ certifico que la información que he proporcionado es correcta y completa a mi mejor saber. Entiendo que esta información puede ser verificada.

Fecha en que se firma: _____

Firma del Trabajador

Fecha