

**DECLARACIÓN EXTENSA DE HECHOS PARA ASISTENCIA GENERAL (GENERAL ASSISTANCE)
POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.**

Nombre del caso				Número del caso			
¿Le están ayudando con este formulario porque no habla o escribe inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Lengua preferida _____			
				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
Apellido		Nombre		Inicial		Número de Seguridad Social	
Dirección: calle y número			Apartamento	Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono () -		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
HISTORIA DOMICILIARIA – Anote primero la dirección actual y luego todas sus direcciones en los últimos 3 años.							
Calle y número		Ciudad	Estado	Mes y año en que se mudó ahí		Mes y año en que se fue de ahí	
1							
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado				¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho (Domestic Partner)				¿Fecha del parto?			
Nombre de la esposa/o:			Mi esposa/o vive conmigo:		Mi esposa/o recibe Welfare o Beneficios Sociales:		
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección de la esposa/o:				Número de Seguro Social de la esposa/o:			
HISTORIA MATRIMONIAL							
Nombre de la esposa/o:		Fecha de la boda:	Lugar (Estado, Condado):		Fecha de Separación:	Fecha del divorcio:	Fecha del fallecimiento:
2							
VIVIENDA							
¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no vive solo anote el número total de personas que viven con usted: _____							
Anote aquí los nombres de las personas que viven en su casa y su parentesco o relación con usted:							
Nombre		Relación (padre, madre, amigo, etc.)		Nombre		Relación (padre, madre, amigo, etc.)	
El tipo de vivienda que tengo es: <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> hotel/motel <input type="checkbox"/> alquilo una habitación <input type="checkbox"/> tráiler o casa móvil							
<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> en organización religiosa <input type="checkbox"/> en organización para mantenerse sobrio <input type="checkbox"/> en casa de alojamiento y cuidado							
<input type="checkbox"/> en centro de tratamiento <input type="checkbox"/> en centro de acogida a personas sin casa <input type="checkbox"/> no tengo vivienda <input type="checkbox"/> otro tipo _____							
Asistencia para la renta y servicios públicos (gas, electricidad, etc.): <input type="checkbox"/> tengo vivienda gratis <input type="checkbox"/> pago renta o le pago a alguien por mi vivienda <input type="checkbox"/> soy dueño o estoy comprando mi vivienda <input type="checkbox"/> Para pagar mi renta recibo ayuda de:							
<input type="checkbox"/> HUD <input type="checkbox"/> Section 8 <input type="checkbox"/> un amigo/a <input type="checkbox"/> otra persona _____ <input type="checkbox"/> yo pago aparte por servicios públicos							
<input type="checkbox"/> recibo ayuda para pagar mis servicios públicos <input type="checkbox"/> recibo al mes para pagar mis servicios públicos \$: _____							
CONCEPTO		Cantidad total		Cantidad que usted paga		Persona a quien usted paga	
Renta o pago por su vivienda al mes:		\$		\$		Nombre:	
¿Están sus servicios públicos incluidos en la renta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Qué cantidad está incluida? \$			
¿Paga usted aparte por sus servicios públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							

Marque los servicios públicos que usted paga: <input type="checkbox"/> PG&E \$: <input type="checkbox"/> Agua \$: <input type="checkbox"/> Teléfono \$: <input type="checkbox"/> Basura \$: <input type="checkbox"/> Otros servicios:																			
Si alguien le ayuda a pagar la renta o sus servicios públicos anote el nombre: _____ Calle y número: _____ Apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____																			
3	Estoy en "probation" (libertad condicional en lugar de ir a la cárcel): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Estoy en "parole" (libertad antes de cumplir la sentencia completa): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de mi Agente:	Teléfono:																
4	Soy veterano de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo es ¿qué cantidad de beneficios para veteranos recibe \$ Cuerpo de las fuerzas armadas en que sirvió: _____ Número de Veterano: _____ Servicio en las fuerzas armadas: desde el mes: _____ año: _____ hasta el mes: _____ año: _____																		
5	Me he mudado a este Condado desde otro Condado durante los últimos 30 días: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo ha hecho, Condado y Estado: _____ Vivo en el Condado de Contra Costa y pienso quedarme aquí: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, ¿cuales son sus planes? Soy ciudadano americano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no es ciudadano americano ¿está en USA legalmente y puede probarlo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de inmigrante: _____ Fecha de entrada en USA: _____ Nombre del patrocinador de inmigración: _____ Yo (o mi esposo/a) hemos recibido Asistencia General (GA) en otro Condado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En qué Condado? ¿En qué fecha?	<u>COUNTY USE ONLY</u> <input type="checkbox"/> CW 5 <input type="checkbox"/> GA received in another County: _____ <input type="checkbox"/> Last date aid was received from another County: _____ <input type="checkbox"/> Return To Residence <input type="checkbox"/> Diversion <input type="checkbox"/> CAPI Application <input type="checkbox"/> CalWORKs Timed Out <input type="checkbox"/> Child Protective Services																	
6	Anote aquí sus parientes, aunque no estén viviendo con usted, sin importar su edad:																		
	Parentesco	Nombre	Dirección																
	Esposa/o, (si no vive en su casa)																		
	El padre de usted																		
	La madre de usted																		
	Su hijo o hija																		
	Su hijo o hija																		
	Su hijo o hija																		
7	INGRESOS Y PROPIEDADES		<u>COUNTY USE ONLY</u>																
	Yo (o mi esposa/o) tenemos un coche, camioneta, motocicleta, camión u otro vehículo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. Año, marca y modelo: 2. Año, marca y modelo: 3. Año, marca y modelo:	<input type="checkbox"/> DMV Registration on file <input type="checkbox"/> Less than \$4,500 – Excluded <input type="checkbox"/> More than \$4,500– Not excluded																
	Yo (o mi esposa/o) tenemos una cuenta de cheques o ahorros, cuentas en uniones crediticias, acciones, bonos, valores, en USA o en otro lugar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si tiene, cantidad: \$	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="width: 15%;"># 1</td> <td style="width: 15%;"># 2</td> <td style="width: 15%;"># 3</td> </tr> <tr> <td>Value</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Less encumbrances</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Net value</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		# 1	# 2	# 3	Value				Less encumbrances				Net value			
	# 1	# 2	# 3																
Value																			
Less encumbrances																			
Net value																			
	Yo (o mi esposa/o) tenemos un seguro de vida, seguro de entierro, pensiones o cuentas de retiro o jubilación, o somos beneficiarios de una cuenta de fideicomiso (Trust account): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si tiene, cantidad: \$																	
	Yo (o mi esposa) tenemos dinero en efectivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si tiene, cantidad \$:	<u>COUNTY USE ONLY</u>																
	Yo (o mi esposa) tenemos una casa, trailer, casa rodante, casa flotante, barco, terreno, edificio de apartamentos u otro edificio en USA o en otro país: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si tiene, tipo de propiedad: Valor estimado \$:	<input type="checkbox"/> Bank Statements <input type="checkbox"/> Insurance Policy <input type="checkbox"/> Over property																
	Yo (o mi esposa) somos dueños de propiedades en USA o en otro país: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si tiene, tipo de propiedad: Valor estimado \$:																	
	He regalado dinero, o vendido o regalado propiedades, terrenos, o edificios en los últimos dos años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si ha regalado algo diga el valor estimado \$:																	

8 Yo (o mi esposa) hemos recibido dinero en los últimos 12 meses de cualquier persona u organización, como dinero para estudios, reembolso de impuestos, salarios atrasados, herencia, o cuenta de fideicomiso (*Trust account*) en USA o en otro país: Si No
Si lo recibió, anote la cantidad \$: _____ Fecha en que lo recibió: _____

9 Yo (o mi esposa) hemos recibido dinero este mes, o esperamos recibirlo, de parte de un amigo, pariente u otra persona Si No Si recibió dinero anote el nombre de la persona que se lo dio: _____ Parentesco o relación con usted: _____
Cantidad: \$ _____ Dirección del donante: _____

¿Está recibiendo dinero ahora de parte de un amigo, pariente u otra persona? Si No
Si lo está recibiendo anote el nombre de la persona que se lo está dando: _____
Parentesco o relación con usted: _____ Cantidad: \$ _____ Dirección del donante: _____

¿Cómo ha pagado usted sus gastos durante los últimos 12 meses?

10 Yo (o mi esposa/o) hemos recibido, o recibiremos, dinero de estos recursos: Si No

ORIGEN DEL DINERO	Nombre de quién lo recibe:	¿Cuánto recibe al mes o al año?	Fecha en que empezó a recibirlo o paró:	<i><u>OTHER INCOME</u></i>
SSI/SSA/SSP/ SSDI		\$		
Unemployment Insurance Benefits (UIB)		\$		
State Disability Insurance		\$		
Workers Compensation		\$		
CalWORKs u otra asistencia pública		\$		
Préstamos y becas (grants)		\$		
Jubilación o Pensión		\$		
Reembolso de impuestos		\$		
Beneficios para Veteranos		\$		
Disability Insurance		\$		
Cuentas de Fideicomiso (Trust Fund)/Anualidades		\$		

11 **EDUCACIÓN Y EMPLEO** *COUNTY USE ONLY*

He trabajado en los últimos 2 años: Si No Tengo mi propio negocio: Si No

Dejé el trabajo o fui despedido en los últimos 6 meses: Si No Si ocurrió ¿cuando fue?: _____
Razón: _____

¿Puede trabajar?:
Solicitante Si No *Solicitante*. Si no puede trabajar, explique por qué (enfermo, discapacitado, otra razón):
Esposa/o Si No *Esposa/o*. Si no puede trabajar, explique por qué (enfermo, discapacitado, otra razón):

Si puede trabajar, ¿está dispuesto a ir a un entrenamiento de trabajo, o a buscar trabajo: *Solicitante* Si No *Esposa/o* Si No

Tengo trabajo Si No. Si trabaja, número de horas al mes: _____ Salario al mes \$ _____

Nombre del empleador o empresa: _____ Dirección: _____

Si fueran necesarios para trabajar, tiene: ¿Herramientas de trabajo? Si No
¿Ropa de trabajo? Si No ¿Licencia especializada de trabajo? Si No

¿Pertenece a una unión o sindicato? Si No Si sus pagos al sindicato o unión no
¿Están al día sus pagos? Si No están al día, ¿cuánto debe? \$ _____

12 ¿Estuvo o está en la universidad, colegio superior, curso laboral, etc.? Si No
Nombre de la escuela: _____ Número de años que estuvo: _____
Nombre del curso: _____ ¿Completó el curso? Si No
Grado más alto que completó en la escuela: _____ ¿Tiene el G.E.D.? Si No
¿En qué año dejó de ir a la escuela, la universidad o entrenamiento?

13	¿Tiene licencia válida de manejar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de su licencia de manejar: _____ ¿De qué Estado?	Si no tiene licencia de manejar explique por qué: _____	
14	HISTORIA LABORAL		<u>COUNTY USE ONLY</u>
Nombre del empleador o empresa más reciente:		Su posición laboral:	<input type="checkbox"/> 201 B
Dirección:		<input type="checkbox"/> CW 3 B	
Salario: \$	¿Cuanto tiempo trabajó?	Fecha en que lo dejó:	Razón para dejarlo:
¿Qué hacía en el trabajo? (incluya herramientas y equipo que usaba)			
Empleador o empresa anterior:		Posición en el trabajo:	
Dirección:			
Salario: \$	¿Cuanto tiempo trabajó?	Fecha en que lo dejó:	Razón para dejarlo:
¿Qué hacía en el trabajo? (incluya herramientas y equipo que usaba)			
Empleador o empresa anterior:		Posición en el trabajo:	
Dirección:			
Salario: \$	¿Cuanto tiempo trabajó?	Fecha en que lo dejó:	Razón para dejarlo:
¿Qué hacía en el trabajo? (incluya herramientas y equipo que usaba)			

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN MI SOLICITUD DE ASISTENCIA GENERAL ES VERDADERA Y CORRECTA A MI ENTENDER.

FIRMA O MARCA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL INTÉRPRETE, O DE LA PERSONA QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO, O DEL TESTIGO DE LA FIRMA

COUNTY USE ONLY

IN ADDITION TO THE STATEMENT OF FACTS, THE FOLLOWING FORMS HAVE BEEN COMPLETED (IF APPLICABLE):

NON-EMPLOYABLE GA-35 EMPLOYABLE GA-34 OTHER _____

COMMENTS:

GA WORKER SIGNATURE _____ PCN _____ DATE _____