

## SOLICITUD DEL PARTICIPANTE PARA SERVICIOS DE APOYO

### Información del participante

Fecha de solicitud:	Número de caso:
Nombre:	Correo electrónico:
Número de teléfono:	¿Está bien un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Solicitud de pago

Enumere servicios o artículos que está solicitando:
Cantidad que solicita para este servicio o artículo de necesidad:
Explique por qué es necesario el pago de este servicio o artículo:
¿Trabaja con otro programa financiado por el Condado o recibe otra ayuda financiera para esta solicitud? (CHAMP, FIT, Housing Matters, WIOA, privado, sin fines de lucro, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, por favor explique:
Para ciertas solicitudes deberá proporcionar documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Reparación de automóvil:</b> dos (2) estimaciones detalladas por escrito de mecánicos autorizados que describan el trabajo de reparación necesario. Licencia de conducir vigente, registro a su nombre y comprobante de seguro</li> <li><b>Asistencia para alquiler:</b> W9 del propietario y contrato de alquiler actual</li> <li><b>Servicios públicos u otras facturas:</b> factura actual que muestre monto adeudado</li> </ul>

### Certificación del participante y acuerdo para divulgar información

<i>Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes de los EE. UU. y el estado de California, que la información anterior es completa, verdadera y correcta. Entiendo que debo reembolsar los fondos utilizados para fines distintos a los especificados anteriormente y aprobados por mi Especialista en Empleo y Formación, Representante de Beneficios o Trabajador Social asignado. Mi firma a continuación indica que el Condado puede comunicarse con los proveedores enumerados en este formulario o adjuntos a este formulario para obtener la información necesaria para esta solicitud.</i>	
Firma:	Fecha:

#### SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO *El Condado tiene 10 días hábiles para responder a pedidos)*

<b>CWES STAFF COMPLETE THIS SECTION:</b>	
County staff: _____	Title: _____
Phone: _____	
Comments: _____	
<b>PAYMENT METHOD:</b> <input type="checkbox"/> Provider Payment Name: _____ Address: _____	
Phone: _____ <input type="checkbox"/> Reimbursement to Participant (receipt attached) <input type="checkbox"/> Advancement to Participant (invoice attached)	
<b>APPROVAL SECTION:</b> <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied Reason for denial: _____	
Amt. Approved: \$ _____	Signature _____ Title _____
Date: _____ Email form to <a href="mailto:adrianar@cabinc.org">adrianar@cabinc.org</a> and <a href="mailto:manolito@cabinc.org">manolito@cabinc.org</a> .	
<b>FOR COMMUNITY ACTION BOARD ONLY:</b>	
Verifying Signature: _____ Phone: _____	