



Lyon County
HUMAN SERVICES DEPARTMENT
1075 Pyramid Street
Post Office Box 1141
Silver Springs, Nevada 89429
(775) 577-5009

Solicitud para Ayuda de Servicio Social del Condado

El proceso de la solicitud final **debe ser por cita**. Por favor llame al 577-5009 x10 para hacer su cita en Dayton, Fernley, Silver Springs, o Yerington.

Documentos requeridos:

- Solicitud Completa de admission LCHS Central
- Asegurese que la solicitud este firmada por Ud. Y el co-solicitante, si es necesario.
- Verificacion por escrito de todo el dinero que ha recibido en los últimos 30 días por todos los miembros de la casa (talones de pago, carta de ayuda del gobierno, declaraciones del banco etc.)
- Identificación con fotografía de todos los adultos de la casa copias de tarjetas del seguro social de todas las personas de la casa.
- Orden de manutencion para menores ordenada por la corte. (si applica).
- Asistencia de utilidades – avisos de desconexión de servicio de luz y gas, declaración de requerimiento de deposito por servicio de luz, gas, aplicacion completa del solicitud de asistencia para energia, convenio de renta.
- Asistencia alquilar – avisos de desalojo, declaración de requerimiento de deposito de alquiler, compromiso de alquiler, aplicacion completa de NRHA (para asistencia de deposito)
- Asistencia medica – recetas originales, biles medicos con detalles, diagnosis del doctor
- Cualquier documentación que se estime necesaria por el personal de Servicios Humanos del Condado de Lyon.

Todo los documentos se necesita para su cita, si no los tiene en tiempo no se puede asistir.

Si tiene preguntas sobre la aplicacion o el proceso de su cita por favor hablar a la oficina administrativa en Silver Springs a 577-5009 x10 antes de su cita. Nuestro personal pueden ayudarle haciendole fotocopias.

170 Pike Street
Dayton, NV 89403

460 W. Main St., Suite 109
Fernley, NV 89408

26 Nevin Way
Yerington, NV 89447



Lyon County Human Services Department

Aplicacion para Asistencia



Fecha: _____

Información del solicitante

Nombre: Primer, Inicial, Apellido: _____

Apellido de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Numero de seguro social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Idioma Preferido: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Condado: _____

Tel. de casa: _____

Celular: _____

Otro tel: _____

Tipo de Familia

- Persona Soltera
- Dos Padres
- Dos adultos/sin niños
- Familia (padre e hijos)
- Familia (madre e hijos)
- Familia de acogida
- Otros parientes
- Otro tipo de familia _____

Estado Civil

- Soltero (a)
- Nunca casado (a)
- Viviendo juntos
- Divorciado (a)
- Union Libre
- Enviudado (a)
- Casados viviendo juntos
- Casados viviendo seperados
- Otro

Información de los miembros de la familia – Use hojas adicionales, si es necesario

	Nombre y apellido del miembro de familia Primer, Inicial, Apellido	Número de Seguro Social	Sexo		Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco de la cabeza del hogar					
			Femenino	Masculino			Yo	Conyugue (Union Libre)	Hijo	Hija	Otro	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												



Contacto de Emergencia -Fuera de la casa

Nombre: _____ Parentsco _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____
Tel. de Casa: _____ Tel. de Trabajo: _____

Grupo Étnico

- Hispano/Latino
- No-Hispano/Latino

Veterano

- Yes
- No

Desabilitado

- Sí
- Por favor explique: _____
- No

Tipo de vivienda

- Casa: Dueño Alquila
- Mobil: Dueño Alquila
- Duplex: Dueño Alquila
- Departamento: Dueño Alquila
- RV/Trailer: Dueño Alquila
- Vive en su auto
- Alquila un cuarto
- Motel
- Ninguno/Sin Casa
- Otro: _____

Raza

- Blanco
- Negro
- Indígena Americano
- Asiático
- Hawaino/Isleño Pacífico
- Multi-raza _____

Estatuto

- Ciudadano del Estados Unidos
- Residente Legal
- Extranjero sin Visa

Tipo de vivienda anterior

- Sin Hogar (Calle, Parque, Auto)
- Refugio de emergencia
- Envoltura de transición
- Facilidad psiquiátrica
- Facilidad de tratamiento de abuso de substancia
- Hospital
- Cárcel/prisión
- Situacion de violencia domestica
- Viviendo con familia/amigos
- Alquila/envoltura de renta
- Otro

¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? _____



Ingresos Mensuales

Ingresos de todos los miembros del hogar en los últimos 30 días (Empleo, pensión, seguro social, pension por discapacidad, desempleo, etc.)		
Nombre del miembro de familia	Fuente de ingreso	Cantidad
Ingreso mensual total del hogar		

Ayuda Actual – Hay algún miembro del hogar recibiendo? (Documentación requerida)

TANF LIHEA Medicaid Medicare Asistencia Familiar Nevada Check-up

Estampillas de comida

Cantidad \$ _____

Fecha que comenzo: ____/____/____

Fecha que termino: ____/____/____

Subsidio de Vivienda

Subsidiada por Sección 8

Cantidad \$ _____

Patrocinada por Tribu

Ayuda del Condado de Lyon

Ha recibido ayuda de servicios Humano del condado de Lyon Sí No Inseguro(a)

Si es, Que tipo de servicio _____ Fecha del servicio _____

Empleo

Miembro de Hogar	Empresa o compañía de trabajo	Empezo Mes/Día/Año	Tiempo completo/ medio tiempo	Permanente/ Temporario	Cantida de Pago	Posición

¿Cuántas horas ha trabajado en los ultimos 30 dias? _____

¿Cada cuando le pagan?

Cada Semana Quinsena Mensual Otro _____



Historia de trabajo (Incluya los últimos 12 meses)

Miembro del hogar	Empresa o Compañía de trabajo	Empezo Mes/Día/Año	Termino Mes/Día/Año	Cantidad de pago	Horas trabajado cada semana	Razon porque dejo el trabajo

Gastos Mensuales

	Compañía/ Beneficiario	Cantidad Mensual
Pensión alimenticia de conyugue o hijos		
Cable/Satelite		
Pago de Auto		
Cuidado de hijos/ Guarderia/ niñera		
Tarjetas de crédito		
Electricidad		
Basura/Servicio de basura		
Gasolina		
Abarrotes/Combustibles		
Gas/Própano/leña		
Seguros/Aseguranza		
Prestamos		
Gastos Médicos		
Hipoteca/Renta/Alquiler		
Otros		
Espacio/Alquiler de lote		
Teléfono		
Agua/Aguas negras		
Total de gastos mensuales del hogar		



Bienes

Fuente	Descripción/Número de cuenta	Valor
Efectivo		
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Planes de funeral		
Seguro de vida		
Otras propiedades		
Residencia		
Vehículo (s)		

Valor total de bienes: \$ _____

Por favor anote el nivel de educación de cada adulto en el hogar

<u>Educación – Para mayores de 25 años</u>								
Miembro de familia	0-8 grado	9-12 grado	Acreditación Escolar	Diploma de preparatoria	Also de Colegio	Diploma de Asociados	Diploma de Bachillerato	Maestría

Transportación

- Vehículo privado
- Familia
- Vehículo de amigo/vecino
- Transportación Publica
- Ninguno
- Otro _____

Propiedades

- ¿Ha vendido propiedad en los últimos 3 años
- Descripción _____
- Valor: _____
- Fecha de venta: ____/____/____



Firma y afirmación

Yo estoy de acuerdo de dar cualquier información a Servicios Humanos del Condado de Lyon que puedan requerir con respecto de esta solicitud. Yo también estoy de acuerdo de notificar a Servicios Humanos del Condado de Lyon.

- De cualquier cambio en mis circunstancias:
- De cualquier transacción de propiedad inmueble o personal
- Cambio de ingreso o otras condiciones financieras
- Cambio de estado de empleo de cualquier miembro del hogar
- Casamiento de cualquiera de los hijos o casamiento nuevo de los padres
- Cualquier cambio de domicilio / dirección
- Si un padre esta ausente del hogar, cualquier información relacionada con su dirección, paradero, o regreso al hogar.
- Toda información que pueda afectar mi solicitud para ayuda.

Yo entiendo que si no cumplo con lo establecido, constituye un acto de fraude. Yo juro solemnemente o afirmo que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi mayor conocimiento..

_____	_____	_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Co- Solicitante	Fecha

AUTORIZACIÓN DE DAR INFORMACIÓN / LIBERAR DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente Yo, autorizo a Servicios Humanos del Condado de Lyon para que hagan cualquier investigación concerniente a mí, o otro miembro de mi hogar, que sea necesario, para determinar si junto los requisitos necesarios para cualquier beneficio que he recibido o pueda recibir en un futuro de programas supervisadas por esta agencia. Por medio de la presente , doy mi autorización completa para que cualquier o toda información que me concierne a mi o a cualquier miembro del hogar sea divulgada no importando que la información fue dada en forma confidencial y protegida por la ley y considerada privilegiada por los estatutos de Nevada NRS 49.225 u otras entidades. Yo dispenso al poseedor de esta información confidencial y legal de cualquier responsabilidad al dar estos datos a esta agencia. Además, Yo, autorizo a esta agencia para que se comuniqué con mi supervisor para obtener información de mi salario. Una copia de esta solicitud y autorización constituye legalmente una copia original.

_____	_____	_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Co-solicitante	Fecha



Consentimiento para uso y revelacion de su informacion del cuidado medico

Autorizo el condado de Lyon para utilizar y para divulgar mi información médica para los propósitos del tratamiento, del pago y de las operaciones del cuidado médico.

El tratamiento incluye los activites realizados por un abastecedor del cuidado médico, enfermera, personal de oficina, y otros tipos de providng de los profesionales del cuidado médico cuidan a usted, coordinando o manejando su cuidado con los terceros, y consultas con y entre otros abastecedores del cuidado médico. Este consentimiento incluye el tratamiento proporcionado por cualquier médico que cubra práctica de my/our por el teléfono como en-llame a médico.

El pago incluye las actividades implicadas en la determinación de su elegibilidad para la cobertura del plan de la salud, facturación y de pago la recepción para sus demandas de la subsidio por enfermedad, y de la utilización de la gerencia de las actividades que pueden incluir la revisión de los servicios del cuidado médico para la necesidad médica,justificación de cargas, de la pre-certificacio'n y del preauthorization.

Las operaciones del cuidado médico incluyen las funciones administrativas y del negocio necesarias de nuestra oficina.

Usted puede repasar el aviso del condado de Lyon de las prácticas de la aislamiento para la información adicional sobre las aplicaciones y los accesos de la información descritos en el consentimiento, antes de firmar este consentimiento.

Porque hemos reservado la derecha de cambiar nuestra aislamiento practica de acuerdo con la ley, los términos contenidos en el aviso puede cambiar también. Un resumen del aviso será fijado en nuestra oficina que indica la fecha eficaz del aviso en la esquina derecha superior.

Le ofreceremos una copia del aviso en su primera visita nosotros después de la fecha eficaz del aviso actual de entonces. También proveeremos de usted una copia del aviso por su requerimiento.

Según lo explicado más completamente en el aviso, usted tiene la derecha de solicitar restricciones en cómo utilizamos y divulgamos su información protegida de la salud para el tratamiento, el pago, y los propósitos de las operaciones del cuidado médico. Nos no requieren convenir su petición. Nos que convenimos, nosotros requieren conformarnos con su petición a menos que la información sea necesaria proporcionarle el tratamiento de la emergencia.

Entiendo que tengo la derecha de revocar este consentimiento a condición de que hago tan en la escritura, excepto hasta el punto de el condado de Lyon haya utilizado o haya divulgado ya la información en confianza en este consentimiento y de examinar el aviso del condado de las prácticas de la aislamiento.

Firma

Fecha

