



Community Action Partnership

Programa CAP CARES



Visión general

El programa CAP CARES es un programa financiado por CSBG para asistir a las familias del condado de Riverside con asistencia de emergencia para ayudar a cubrir las facturas del hogar no cubiertas, como agua, alcantarillado, basura, asistencia de servicios públicos, tecnología y necesidades especiales.

Elegibilidad del programa

La calificación de ingresos se basa en el 200% de las niveles federales de pobreza y el número de personas en el hogar.

Pautas de Pobreza de la ley CARES CSBG 2020

Tamaño de la Unidad Familiar o Número en el hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$2,127	\$25,520
2	\$2,873	\$34,480
3	\$3,620	\$43,440
4	\$4,367	\$52,400
5	\$5,113	\$61,360
6	\$5,860	\$70,320
7	\$6,607	\$79,280
8	\$7,353	\$88,240
9+	Sume \$4,480 por cada persona arriba de 8	

Requisitos del participante

Residir en el condado de Riverside

Ser mayor de 18 años

Forma de identificación (cualquier identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación consular, pasaporte)

Copia de facturas más recientes.

Proceso de solicitud

1. Envíe la solicitud de CAP Cares, la hoja de admisión, identificación y facturas más recientes. Fracturas elegibles: agua, alcantarillado, basura, asistencia de servicios públicos, electricidad y internet.

2. Una vez que su solicitud haya sido revisada y aprobada, se le proporcionará una carta oficial de adjudicación para confirmar el pago. Comuníquese con la empresa para informarles que se han cumplido todos los requisitos del programa CAP CARES y que se realizará un pago en su nombre. Tenga en cuenta que el pago se realizará directamente a la empresa.

3. Un representante del personal de Community Action puede comunicarse con usted, como seguimiento de cortesía y control de bienestar de usted y su familia durante el COVID-19. Se pueden realizar seguimientos regulares durante el período de recuperación hasta Mayo del 2022.

* ASISTENCIA BASADA EN DISPONIBILIDAD DE FONDOS *



Community Action Cares

Forma de Admisión



Sección 1 Información del aplicante

Nombre completo: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Apartamento/Unit #
Ciudad Estado Código Postal

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ ¿Cómo se enteró de CAP: _____

Para qué servicio / servicios necesitaría asistencia: Servicios públicos: _____ Tecnología: _____ Otro: _____

Sección 2 Información de su hogar

Número total de personas que viven en el hogar, incluido el solicitante: _____

** Incluya una hoja separada para miembros adicionales del hogar*

Nombre completo: _____
Relación con el cliente: _____ Edad: _____

Nombre completo: _____
Relación con el cliente: _____ Edad: _____

Nombre completo: _____
Relación con el cliente: _____ Edad: _____

Sección 3 Firma del aplicante

1. Por la presente autorizo a Community Action Partnership (CAP) a examinar todos los registros de empleo, ingresos, servicios públicos y otros registros pertinentes a mi solicitud de asistencia.
2. Por la presente autorizo la divulgación de información sobre mis facturas pasadas y futuras a CAP.
3. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información aquí contenida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
4. Acepto ser contactado mensualmente para compartir información sobre el bienestar de mi familia durante el COVID19 y durante el período de recuperación hasta mayo de 2022.
5. Certifico que el ingreso total del hogar de la persona anterior no excede (marque uno) las pautas de pobreza establecidas indicadas anteriormente.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____ Firma de testigo: _____

Agency Approval

Approved: Yes No			
Amount: _____	Management Approval	Intake Staff Name (Print)	Date

Project Code Number: _____

Forma de Admisión

INFORMACION DEL CLIENTE			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de hoy
	Correo Electrónico	SSN	Oficina
Dirección		Ciudad	Código Postal
GENERO	ESTADO CIVIL	ETNIA	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
INDIQUE SU RAZA (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza Negra/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-Raza	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Especificado	
INDIQUE SU EDUCACION (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> 0-8 th Grado <input type="checkbox"/> 12+ Post Secundario <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años	<input type="checkbox"/> Educación del 9-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Estudio Vocacional	
INDIQUE SU SEGURO MEDICO (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Sin Seguro Medico <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Médico Militar	<input type="checkbox"/> Seguro Médico del Estado (Niños) <input type="checkbox"/> Seguro Médico del Estado (Adultos) <input type="checkbox"/> Desconocido	
ESTADO MILITAR (SELECCIONE UNO)	RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA?	ESTA INCAPACITADO?	
<input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Militar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferir no contestar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferir no contestar	
GRANJERO (SELECCIONE UNO)	ESTADO DE TRABAJO (SELECCIONE UNO)		
<input type="checkbox"/> Granjero <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Migratorio Estacional <input type="checkbox"/> No soy Granjero	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajador Migratorio Estacional <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Desempleado (Largo Plazo) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Desempleado (Corto Plazo)> 6 meses <input type="checkbox"/> Desconocido	
RECIBE WIC? (SELECCIONE UNO)	BENEFICIOS NO MONETARIOS (SELECCIONE UNO)		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Ley de Asistencia Asequible <input type="checkbox"/> Bonos para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda Publica <input type="checkbox"/> CalFresh/Estampillas para Comida	<input type="checkbox"/> LIHEAP <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Apoyo de Vivienda Permanente <input type="checkbox"/> WIC	
INDIQUE SU INGRESO MENSUAL Y SELECCIONE FUENTE DE INGRESOS:		\$	
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Asistencia Publica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de Niños <input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Pensión Matrimonial <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Seguro Privado de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Seguro Social de Jubilación <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> VA Servicio - Incapacitado <input type="checkbox"/> VA No Servicio - Incapacitado	
ESTADO DE VIVIENDA (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño/a <input type="checkbox"/> Dueño/a - Multi-Familia	<input type="checkbox"/> Dueño/a – Casa Móvil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Fugitivo <input type="checkbox"/> Estable Temporal <input type="checkbox"/> Poco Estable Temporal	

Por favor llene esta forma por cada miembro adicional en su hogar.

Información del Cliente				Usando la clave de abajo por favor responda a las siguientes preguntas						Use (S) para Si O (N) para No por favor responda a las siguientes preguntas				Ingreso		
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Masculino o Femenino	Estado Civil	Relación al Solicitante	Etnia	Raza	Educación	Seguro Medico	Sirvió en el Ejército	Estampillas de Comida	WIC	Incapacitad	Granjero	Ingreso	Fuente de Ingreso
Estado Civil	Relación al Solicitante	Etnia	Raza	Educación	Seguro Medico	Fuente de Ingresos										
A. Soltero/a B. Casado/a C. Pareja Domestica D. Divorciado/a E. Separado/a	A. Hermano B. Hijo/a C. Padre D. Hijo/a Adoptivo E. Padre Adoptivo F. Amigo/a G. Nieto/a H. Abuelo/a I. Madre J. Otro K. Otro Relacionado L. Otro Pariente M. Hermana N. Esposo/a O. Padrastro P. Madrastra	A. Hispano/Latino B. No Hispano o Latino	A. Indio Americano/Nativo de Alaska B. Asiático C. Raza Negra/Afroamericano D. Caucásico (Blanco) E. Hawaiano/Isleño Pacifico F. Multi-Raza G. Otro	<i>Si el miembro del hogar es mayor de 18 años indique mayor grado completado</i> A. 0-8 grado B. 9-12 grado C. Preparatoria D. GED E. 12 + post secundario F. Título de 2 años G. Título de 4 años H. N/C Nino menor de 18 años	<i>Por favor indique la fuente de su Seguro Medico</i> A. Sin Seguranza Medica B. Compra Directa C. Proporcionado por el Empleador D. Medical E. Medicare F. Seguro Médico Militar G. Seguro Médico del Estado (Niños) H. Seguro Médico del Estado (Adultos) I. Desconocido	<i>Por favor indique las fuente de ingresos</i> A. Empleo B. TANF C. Asistencia Publica D. Auto-Empleo E. Pensión Matrimonial F. Mantenimiento de Hijos G. Interés/Dividendos H. Pensión I. Renta J. Seguro Social K. SSDA L. SSI M. Veterano N. Compensación de Trabajadores										