

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ALABAMA**

**Programa de Ayuda Familiar (FA)**

**Formulario de solicitud de ayuda**

Para solicitar la Ayuda Familiar (FA, por sus siglas en inglés), todo lo que tiene que hacer es completar seguidamente el presente formulario con su nombre, domicilio, firma y fecha. Complete el formulario lo más que pueda. Si necesita ayuda, el trabajador lo ayudará a completar el resto de la solicitud. En caso de necesitar los servicios de un intérprete porque tiene problemas auditivos o no entiende el idioma, avísenos para que su trabajador coordine los servicios sin costo alguno para usted.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO**

Fecha de entrega/envío \_\_\_\_\_  
 Fecha de recepción \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_  
 Expediente del caso n.º \_\_\_\_\_  
 Expediente del PSD n.º \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cita \_\_\_\_\_  
 Hora de la cita \_\_\_\_\_  
 Trabajador \_\_\_\_\_

Presentación de la solicitud

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre

Otros nombres que utilice

Estado civil y fecha correspondiente  
 Casado Fecha \_\_\_\_\_  Separado Fecha \_\_\_\_\_  
 Viudo Fecha \_\_\_\_\_  Divorciado Fecha \_\_\_\_\_  
 Soltero

Teléfono particular/para dejar mensajes

Domicilio en el que vive

N.º de apartamento

Ciudad y estado

Código postal

País

Domicilio postal (si no coincide con el domicilio en el que vive)

**CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LO QUE DECLARO EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERO Y CORRECTO.**

Firma o marca

Fecha

Firma del testigo (si colocó una marca)/intérprete/otro

Fecha

Si cumple con los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha en que recibimos su solicitud firmada. Antes de poder acceder a los beneficios, debe presentarse en nuestra oficina para mantener una entrevista con un trabajador. Necesitamos comprobantes de la información que proporcione en su solicitud de Ayuda Familiar. Tomaremos una decisión definitiva con respecto a su solicitud dentro de los 30 días de haberla recibido. Si algo de lo que nos informó cambia después de la entrevista, debe informárselo a su trabajador de inmediato.

Antecedentes de manutención

¿Cómo ha hecho hasta ahora para ocuparse de su manutención y de la manutención de las personas para las que solicita ayuda? ¿Por qué necesita ayuda ahora?

<b>Información sobre el solicitante</b>	<p><b>EDAD de los NIÑOS QUE VIVEN en el HOGAR:</b> Los niños incluidos a continuación deben vivir con usted y tener menos de 18 años (o 18 años si son estudiantes de tiempo completo en una escuela secundaria o en un centro de capacitación técnica o vocacional de igual nivel). (La escuela secundaria incluye educación pública, privada, religiosa y enseñanza en el hogar desde 9.º hasta 12.º grado).</p> <p><b>Solicitante que TIENE VÍNCULO FILIAL:</b> Incluya su nombre en la línea 1 a continuación. A partir de la línea 2, incluye el nombre de los niños para los que desea solicitar ayuda y de sus hermanos y hermanas. Incluya también el nombre de cualquier otro padre de los niños que viva en su hogar y de su cónyuge, si es que vive con usted.</p> <p><b>Solicitante que NO TIENE VÍNCULO FILIAL:</b> Incluya su nombre en la línea 1 a continuación. A partir de la línea 2, incluye el nombre de los niños para los que desea solicitar ayuda y de sus hermanos y hermanas. Incluya también el nombre de cualquier padre o padrastro de los niños que viva en su hogar. <b>NOTA:</b> Dado que usted no es el padre, proporcionar su número de seguro social o información sobre su condición de ciudadano o extranjero es opcional.</p>								
	Apellido, nombre, segundo nombre Use la primera línea para sus datos		Vínculo con usted	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo	Condición de ciudadano o extranjero		
							* Raza Etnia	Ciudadano o natural de Estados Unidos Sí/No	Condición de inmigrante satisfactoria Sí/No
	1.	Usted							
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								
	9.								
10.									
<b>Otros miembros</b>	OTROS: Incluya a sus padres o padrastos si tiene menos de 18 años y vive en la misma casa.								
<b>Códigos de raza y etnia</b>	<p>*Los datos sobre la etnia se usan a nivel federal para fines estadísticos e informativos únicamente.  <b>Esta información no afectará el cumplimiento de los requisitos.</b>  Si no completa esta información, otra persona la completará por usted.</p>								
	<b>01</b> =Amerindio/Nativo de Alaska <b>02</b> =Asiático <b>03</b> =Negro/Afroamericano <b>04</b> =Nativo de Hawái/Nativo de otra isla del Pacífico <b>05</b> =Blanco <b>09</b> =Amerindio/Nativo de Alaska y blanco				<b>07</b> =Asiático y blanco <b>08</b> =Negro/Afroamericano y blanco <b>09</b> =Amerindio/Nativo de Alaska y negro <b>12</b> =Asiático y negro <b>33</b> =Hispanico/Latino/Cubano/Haitiano <b>32</b> =Otro (el trabajador determinará el código correspondiente en la entrevista)				
<b>Derechos civiles</b>	Las normas del programa son las mismas para todos. Su raza, color, origen nacional, sexo, impedimento físico, creencia o religión no tienen importancia. Para presentar una queja sobre el Programa de Ayuda Familiar, envíe una carta al Department of Health and Human Services (DHHS), Office of Civil Rights, Room 509F, 200 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20201 o llame al 1-800-368-1019. El DHHS es un prestador y un empleador que promueve la igualdad de oportunidades.								