



**Southeast CAP  
Preselección y Evaluación  
de Necesidades**

**\*\*\*CAP Use Only\*\*\***

Date rec'd: \_\_\_\_\_  
Appt. Date: \_\_\_\_\_  
Appt. time: \_\_\_\_\_  
Where: CH or GL

**FAVOR DE LEER**—Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad o su solicitud puede ser descartada.

Nombre del Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt/Unit # \_\_\_\_\_  
Dirección

Ciudad: Chandler Gilbert Sun Lakes Queen Creek Estado: AZ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_  
calle o número de buzón ciudad estado código postal

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_

Telefono de mensaje: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Familia:**

- Madre soltera
- Padre soltero
- Dos Padres en el hogar
- Soltero/a
- Dos Adultos sin hijos de menor de edad
- Otro

**Acuerdo de Convivencia:**

- Casa
- Trailer
- Apartamento
- Otro

**Hogar:**

- Renta
- Dueno/a del hogar
- Vive en vivienda subvencionada
- No es obligado a pagar
- N/A
- Sin Hogar

¿Recibe las estampillas de comida?  Si  No

¿Tiene niños de 5 y menores? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Está interesado en recibir más información acerca de los programas de los niños? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Le gustaría registrarse para SNAP (cupones de alimentos)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Es usted un veterano desempleado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Es usted un ex empleado de Chandler Christian Community Center o con CAP?

¿Es usted un voluntario o alguna vez ha ofrecido sus servicios con Chandler Centro Cristiano de la Comunidad o con CAP?

Que clase de asistencia busca hoy? Marque todos los que aplican.

- Renta vencida
- Hipoteca vencida
- Mudanza
- Servicios esenciales publicos (electricidad, agua, gas)
- Deposito para servicios esenciales publicos
- Case Management (ayuda con lograr metas)
- Referencia para comida, ropa, trabajo, etc.
- Reparaciones de casa
  - o Weatherization (sistema de aislamiento, sellado de puertas, ventanas ect.)
  - o Emergencia: reparaciones de casa, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**\*\*\*NO LLENE LO GRIS\*\*\***

<b>NOMBRE</b>	<b>Genero</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	
	M F	

Energy Education: **Y N**

Child Support Referral to Custodial single-parent: **Y N N/A**

Migrant Farm Worker: **Y N**

Seasonal Farm worker: **Y N**

Answer the following questions ONLY if providing assistance with state EA and/or TANF fund sources: All employable HH members have complied with employment or employment training requirements? **Y N**





**AZCEND**  
**Chandler/Gilbert Community Action Program**  
**Póliza Confidencial**

El personal de AZCEND Community Action Program (CAP) reconoce la importancia de la información altamente sensible de sus clientes. El personal del CAP no violara la confianza confidencial de sus clientes. Si la información del cliente no ha sido adecuadamente protegida por el personal de CAP, esto podría causar el despido del empleado.

Las siguientes guías se diseñaron para asegurar que la información privilegiada sea tratada en forma confidencial y con respeto.

- Los archivos del cliente se almacenaran en gabinetes cerrados bajo llave.
- El acceso a archivos se limita a trabajadores del CAP, Supervisores de CCCC, y el personal del Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa.
- Los clientes tienen el derecho de revisar sus archivos. El personal del CAP debe estar presente mientras el cliente revisa sus archivos. Identificación de foto es requerida.
- Solamente el solicitante y su cónyuge pueden ver los archivos.

Las siguientes guías dan a conocer la información confidencial del cliente:

- La información solo será liberada cuando el cliente haya autorizado tal liberación como se explica en la forma de solicitud del cliente.
- Los pedidos para la información del cliente de parte de la policía o personal de la corte serán referidas al Director del Programa del CAP inmediatamente.
- Cualquier pregunta relacionada con respecto a su expediente será referida al Director del CAP.

He leído y recibido una copia de la forma de Confidencialidad tal como ha sido resumida arriba.

Firma de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Trabajador/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**AZCEND**  
**Chandler/Gilbert Community Action Program (CAP)**  
**El Proceso de la Resolución de Problemas**

Se espera que su contacto con el Community Action Program (CAP) haya sido de beneficio. Si usted siente, por cualquier razón, que ha sido tratado/a injustamente, usted tiene el derecho de buscar una solución. Este es el propósito por el cual nosotros hemos desarrollado el siguiente proceso formal de la resolución de problemas.

**Paso 1:** Discuta el problema/su queja con la Supervisora del CAP para encontrar una solución satisfactoria. Usted puede llamar a 480-963-1423 ext. 111 para discutir o para hacer cita con la supervisora. Usted debe ponerse en contacto con la Supervisora dentro de 10 días de la fecha en que ocurrió el problema. La Supervisora documentara su queja y cualquier paso tomado para resolver su caso. Usted puede solicitar una copia de esta documentación.

**Paso 2:** Si usted siente que la supervisora del CAP no ha resultado satisfactoriamente usted puede presentar su queja en 10 días laborales al Gerente de Operaciones de Programas (480-963-1423 ext 110). Usted debe ponerse en contacto con al Gerente de Operaciones de Programas dentro de 10 días de la fecha en que ocurrió el problema. al Gerente de Operaciones de Programas documentara su queja y cualquier paso tomado para resolver su caso. Usted puede solicitar una copia de esta documentación.

**Paso 3:** Si usted siente que el Gerente de Operaciones de Programas no ha resultado satisfactoriamente una solución, puede presentar su queja en 10 días laborales al Director Ejecutivo de AZCEND (345 S. California St. Chandler, AZ 85225 Telefono 480-963-1423 ext. 107). Al revisarse su queja, en no más de 10 días laborales, se le proporcionara una respuesta por escrito.

**Paso 4:** Si usted siente que el Director Ejecutivo de AZCEND no ha resultado satisfactoriamente su queja, usted puede presentar su queja dentro de 10 dias laborales a los Administradores de Programas de Departamento de Servicios Humanos-Division de Servicios Comunitarios del Condado de Maricopa al 234 N Central, Suite 3000, Phoenix, AZ 85004. Al revisarse su queja, el personal del Departamento de Servicios Humanos le proporcionara una respuesta escrita con referente a su caso.

**Paso 5:** Si usted siente que la queja todavía no ha sido resuelta por los Administradores de Programas del Departamento de Servicios Humanos-Division de Servicios Comunitarios del Condado de Maricopa, se le sugiere que tome el paso final en el proceso de apelaciones y presente su queja por escrito dentro de 10 dias laborales al Arizona Department of Economic Security, Division of Aging and Adult Services, Assistant Director, PO Box 6123, Site Code 950A, Phoenix, AZ 85005, Phone #: 602-542-6600, Fax #: 602-364-1756. Al revisarse su queja, el personal le brindara una repuesta escrita con respecto a su reclamo.

He leído y recibido una copia del Proceso de la Resolución de Problemas resumida arriba.

Firma de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MCHSD/CSD**  
**APLICACION DE ADMISION DE AGENCIA**

Ingrese Nombre /Direccion/Telefono de la Agencia

**Chandler location**  
345 S. California St  
Chandler, AZ 85225  
480-963-1423 ext. 118

**Gilbert location**  
44 N. Oak St.  
Gilbert, AZ 85233  
480-892-5331

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

Comprendo que es mi responsabilidad asistir a todas mis citas y notificar al trabajador que admite aplicaciones si no puedo asistir a mi cita.

Proporcionare todos los documentos necesarios y verificaciones que soliciten. En caso de que no pueda obtener algun documento o verificacion solicitada, notificare al trabajador que admite aplicaciones el cual me guiara o asistira con respecto a este asunto.

Entiendo que, sin todos los documentos o verificaciones necesarias, una aplicacion de asistencia financiera directa no sera procesada.

Entiendo que debo proporcionar informacion completa y precisa sobre todas las personas en mi casa, incluyendo ingresos, recursos, propiedades y todos los otros articulos de estas personas que se relacionen con la posibilidad de ser elegible para servicios.

Entiendo que al no cooperar completamente con el proceso de admision de la aplicacion de asistencia financiera directa puede ser negada.

Entiendo que, si creo que mi aplicacion no deberia haber sido negada, puedo apelar esta decision. Notificare a esta agencia si deseo apelar esta decision o la calidad de servicio que fue proporcionado. Entiendo que, si lo solicito, se me proveera asistencia con mi solicitud de apelar. Si no he recibido una anteriormente, solicitare de esta agencia, una copia de su petition escrita, queja, o proceso de solucion de problemas. Entiendo que, si deseo apelar, Yo o mi representante legal debe de hacerlo por escrito para esta agencia dentro de diez (10) dias de haber recibido la carta de denegacion.

Con mi firma acontinuacion, confirmo que comprendo completamente mis derechos y responsabilidades.

---

Firma del Apicante

---

Fecha