



# Ashtabula County Job & Family Services

Patrick J. Arcaro, Executive Director

ACTS Toll Free Ph: 1-800-445-4140 Fax: 440-994-2041	OhioMeansJobs Ph: 440-994-1234 Fax: 440-992-7826	Social Services / Child Care Ph: 440-994-2020 Fax: 440-994-2025	Financial / Medical Asst. Services Ph: 440-998-1110 Fax: 440-998-1538	Fraud Hot-Line Enforcement Ph: 440-998-1110 Fax: 440-998-1538	Nursing Home Services Ph: 440-994-2050 Fax: 440-994-2059	Child Support Enforcement Ph: 440-994-1212 Fax: 440-994-2016
--	--	--	--	--	---	---

## CONDADO DE ASHTABULA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, RETENCIÓN, Y CONTINGENCIA (PRC)

Para uso de la agencia – Ashtabula County		
Case Number	Date Received	Case Manager

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

1. **MIEMBROS DEL DOMICILIO E INGRESOS:** En la tabla abajo complete la información para todos los que viven en su casa, incluyendo a usted mismo. También se le requiere enumerar y probar todos los ingresos de los miembros de su domicilio para los últimos 30 días.

Nombre	Parentesco/Relación con el solicitante	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fuente de ingreso	Ingreso mensual
1.					\$
2.					\$
3.					\$
4.					\$
5.					\$
6.					\$
7.					\$
8.					\$

\*\*Enumere personas adicionales en una hoja adicional.\*\*

2. ¿Usted ha recibido alguna vez asistencia pública de cualquier tipo de un departamento de trabajo y servicios a familias?

Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el condado, el tipo de asistencia, y la fecha que usted la recibió.

\_\_\_\_\_

3. Explique lo que necesita y calcule la cantidad que está solicitando. \_\_\_\_\_

2924 Donahoe Drive, Ashtabula, OH 44004  
E-mail: [ashtabula-verifications@jfs.ohio.gov](mailto:ashtabula-verifications@jfs.ohio.gov)  
Toll Free: (800) 935-0242  
Fax: (440) 998-1538

4. ¿Qué cambio ha ocurrido en su situación económica que le impide cubrir este gasto? (Sea muy específico, por ejemplo, la pérdida de ingresos debida a una enfermedad, el despido de un empleo, gastos imprevistos, etc.) \_\_\_\_\_

5. Enumere las agencias que usted ha contactado para pedir asistencia con esta necesidad:

	Agencia	Fecha de contacto	Persona de contacto	Resultados
1.				
2.				
3.				
4.				

6. ¿Algún miembro de su domicilio queda actualmente sancionado o descalificado de algún programa de trabajo y servicios a familias? Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el nombre y la fecha cuando se le aplicó la sanción o descalificación.

7. ¿Algún miembro de su domicilio ha dejado un trabajo o rechazado una oportunidad de empleo durante los últimos 60 días? Sí  No

Si la respuesta es sí, indique la fecha de la renuncia o el rechazo y la razón.

8. **RECURSOS:** Se le requiere a usted enumerar todos los recursos disponibles que tiene, que incluyen pero no se limitan a los siguientes: dinero en efectivo, cuenta de cheques, cuenta de ahorros, acciones, bonos, fondos de inversión, pagarés, y contratos funerarios. Complete la tabla abajo y enumere los recursos para cada persona que vive en su residencia, incluyendo a usted mismo.

	Nombre	Tipo de recurso	Cantidad	Verificación
1.			\$	
2.			\$	
3.			\$	
4.			\$	
5.			\$	
6.			\$	

Si usted es elegible, la agencia limitará la asistencia de este programa al costo real y documentado de su necesidad.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------