



SERVICIOS FAMILIARES Y DE TRABAJO DEL CONDADO DE ASHTABULA

Aplicación de Prevención, Retención, y Contingencia (PRC)

Nombre del Apicante: _____ Num. de Tel. del Apicante: _____

Dirección del Apicante: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Que tipo de servicios de PRC esta solicitando? Programa de Incentivos al Empleo (PIE) Tarjeta de gasolina Puertas abiertas Nueva Esperanza
 Casa de la Beatitud Servicios de empleo de apoyo

Ingresos de Miembros del Hogar: Complete el cuadro a continuación para TODAS las personas que viven en su hogar, incluido usted. Complete TODOS los ingresos de TODOS los miembros del hogar.

Nombre	Relación con Apicante	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingreso (empleo, pension, Seguro social, etc.)	Ingreso Mensual Bruto de los Últimos 30 Días (antes de deducciones)	Ingreso Mensual Bruto Esperado en los Proximos 30 Días (antes de deducciones)
1.	UNO MISMO					
2.						
3.						
4.						
5.						

PARA PERSONAS ADICIONALES, USE HOJAS ADICIONALES O EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Está solicitando para mejorar su capacidad para pagar la manutención de los hijos? Sí No Si su contesta es SI, complete lo siguiente:

- Indique los nombres, números de seguro social y fechas de nacimiento de sus hijos arriba en MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS.
- Proporcione el nombre del padre con custodia y / o tutor legal de su (s) hijo (s): _____
- Proporcione la dirección tanto de su (s) hijo (s) como de su tutor: _____

***** IMPORTANTE:** Si usted, o otro miembro de su hogar, está recibiendo algún beneficio de nuestra agencia y ya ha verificado los ingresos de su hogar para los otros beneficios, no será necesario verificar los ingresos de su hogar por segunda vez para solicitar el programa de Prevención, Retención y Contingencia (PRC). Sin embargo, si actualmente no recibe otro beneficio, asegúrese de proporcionar prueba de todos los ingresos del hogar durante los 30 días anteriores a la fecha en que se firma y se devuelve esta solicitud. PRC es un programa temporal con hasta cuatro meses de pago de beneficios dentro de un período de un año; o según los diferentes servicios ofrecidos, ya que algunos servicios tienen diferentes plazos de elegibilidad.

***Si el solicitante está solicitando un reembolso, se requiere el recibo original pagado con la presentación de la solicitud.**

Firma del Apicante: _____	Fecha de Aplicación: _____
---------------------------	----------------------------

2924 Donahoe Dr., Ashtabula, OH 44004
 Correo Electronico: ashtabula-verifications@ifs.ohio.gov
 Llamada gratuito: (800) 935-0242
 Fax: (440) 998-1538