

**La Junta de Servicios Sociales del Condado de Bergen  
218 Ruta 17 NORTE  
ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300**

**Solicitud para el programa TRANS WRAP de TANF**

FECHA: \_\_\_\_\_

# DE CASO: \_\_\_\_\_ # de seguro social :

Nombre completo del solicitante:

Dirección actual :

Número de teléfono y código de área donde se pueda llamar durante el día:

( \_\_ ) \_\_\_\_\_

SI ESTÁ EMPLEADO(A), FAVOR ANOTAR EL NOMBRE , LA DIRECCIÓN Y EL LUGAR DE TRABAJO ACTUAL:

SALARIO: \$ \_\_\_\_\_ SEMANAL.

**ADJUNTE UNA FOTOCOPIA DE SU ÚLTIMA COLILLA O DESPRENDIBLE DE PAGO O CARTA DE SU EMPLEADOR VERIFICANDO SU SALARIO.**

SI NO ESTÁ EMPLEADO, ¿QUÉ ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE “WORK FIRST” USTED ESTÁ REALIZANDO?

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL QUE LLEVA SU CASO?

**USTED ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA RECIBIR LOS FONDOS DEL PROGRAMA DE “TRANS WRAP” .  
CUÉNTENOS CÓMO ÉSTOS FONDOS PUDIERAN AYUDARLO A MANTENER UN EMPLEO FIJO O A ASEGURAR UN  
EMPLEO. PUEDE ESCRIBIR AL DORSO DE ÉSTE FORMULARIO O PUEDE ADJUNTAR MÁS HOJAS SI LO DESEA.**

Coloque un signo o marca junto al artículo que desea señalar y adjunte la documentación necesaria como se indica a continuación

	NOMBRE del ARTICULO	DOCUMENTACIÓN NECESARIA
	*Reparación de auto (el pago de la reparación se realiza directamente al taller o centro de reparación de autos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita, demuestre que el auto que está en reparación lo necesita para su empleo o para asegurar un empleo.</li> <li>2. Adjunte (3) cotizaciones de reparaciones donde indiquen el costo actual de la reparación.</li> <li>3. Adjunte una copia de la matrícula del auto (car registration). *El auto TIENE que estar a nombre del beneficiario.</li> </ol>
	*Seguro de autos (el pago se realiza directamente a la compañía de seguros)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita demuestre que el auto que está asegurando lo necesita para su empleo o para asegurar un empleo.</li> <li>2. Adjunte una factura o recibo de la compañía de seguros. Asegúrese que su número de cuenta y la dirección de la compañía de seguros aparezcan en la copia de la factura.</li> <li>3. Adjunte una copia de la matrícula del auto (car registration). *El auto TIENE que estar a nombre del beneficiario.</li> </ol>
	Transporte a deshoras (el pago se realiza directamente al proveedor)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita, indique que usted tiene la necesidad de recibir el pago de transporte sólo por una vez, ya que lo necesita para mantener o asegurar su empleo. Se requiere autorización previa para el transporte.</li> </ol>
	*Restauración de la licencia de conducir (el pago se realiza directamente a la escuela de manejo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita demuestre que la restauración de su licencia la necesita para su empleo o para asegurar un empleo.</li> <li>2. Adjunte una cotización o estimado de la escuela de manejo que indique el costo actual de la restauración de la licencia.</li> </ol>
	Lecciones o clases de conducir y costo para obtener una licencia ( el pago se realiza directamente a la escuela de manejo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita, indique que las clases de manejo y la licencia las necesita para su empleo o para asegurar un empleo.</li> <li>2. Adjunte una cotización o estimado de la escuela de manejo que indique el costo actual de las lecciones de manejo y de la licencia.</li> </ol>
	* Reducción de puntos en la licencia ( el pago se realiza directamente a la escuela de manejo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita, demuestre que la reducción de puntos es necesaria para su empleo o para asegurar un empleo.</li> <li>2. Adjunte una una cotización o estimado de la escuela de manejo que indique el costo actual de las clases para la reducción de puntos en la licencia.</li> </ol>
	*Asientos de auto para niños ( el pago se realiza directamente a la tienda)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su declaración escrita, indique que necesita un asiento portátil para el auto.</li> <li>2. Adjunte una cotización o estimado de la tienda donde aparezca el costo total del asiento portátil.</li> </ol>

\*RECUERDE ANEXAR UNA COPIA DE SU LICENCIA, TARJETA DEL SEGURO MÉDICO Y TARJETA DE REGISTRACIÓN (CAR REGISTRATION CARD) O TÍTULO PARA CUANDO SOLICITE LO ANTERIOR QUE ESTÉ MARCADO CON UN ASTERISCO (\*).

**DEBE LLENAR ÉSTA SECCIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que las declaraciones escritas y los documentos que adjunté en ésta SOLICITUD PARA LOS FONDOS "TRANS WRAP" son ciertas a mi saber y entender.

\_\_\_\_\_  
SIGN YOUR NAME HERE

\_\_\_\_\_  
DATE YOU SIGNED THIS FORM

**DEVUELVA ÉSTE FORMULARIO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A:**

**BERGEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES**  
**218 ROUTE 17 NORTH**  
**ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300**

**Dirigido a: SUPPORTIVE SERVICES UNIT / UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO**

\_\_\_\_\_ **Trabajador social**