

**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"> 1. En su declaración escrita, demuestre que el auto que está en reparación lo necesita para su empleo o para asegurar un empleo. 2. Adjunte (3) cotizaciones de reparaciones donde indiquen el costo actual de la reparación. 3. Adjunte una copia de la matrícula del auto (car registration). *El auto TIENE que estar a nombre del beneficiario.
	*Seguro de autos (el pago se realiza directamente a la compañía de seguros)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En su declaración escrita demuestre que el auto que está asegurando lo necesita para su empleo o para asegurar un empleo. 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. 3. Adjunte una copia de la matrícula del auto (car registration). *El auto TIENE que estar a nombre del beneficiario.
	Transporte a deshoras (el pago se realiza directamente al proveedor)	<ol style="list-style-type: none"> 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.
	*Restauración de la licencia de conducir (el pago se realiza directamente a la escuela de manejo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En su declaración escrita demuestre que la restauración de su licencia la necesita para su empleo o para asegurar un empleo. 2. Adjunte una cotización o estimado de la escuela de manejo que indique el costo actual de la restauración de la licencia.
	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"> 1. En su declaración escrita, indique que las clases de manejo y la licencia las necesita para su empleo o para asegurar un empleo. 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.
	* Reducción de puntos en la licencia (el pago se realiza directamente a la escuela de manejo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En su declaración escrita, demuestre que la reducción de puntos es necesaria para su empleo o para asegurar un empleo. 2. Adjunte 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.
	*Asientos de auto para niños (el pago se realiza directamente a la tienda)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En su declaración escrita, indique que necesita un asiento portátil para el auto. 2. Adjunte una cotización o estimado de la tienda donde aparezca el costo total del asiento portátil.

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**