



SOLICITUD DE AYUDA GENERAL (GR)

EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO: Al completar este formulario, usted solicitará la Ayuda General (GR) del Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS).

¿Necesita usted un traductor? No hay ningún cargo por este servicio. Sí No

¿Necesita ayuda para solicitar debido a una discapacidad? Sí No

Si respondió "Sí" después de completar y enviar este formulario, un trabajador del DPSS se comunicará con usted.

Toda la información que daré en esta solicitud será verdadera y correcta. Sé que dar información falsa, ocultar o no dar información en esta solicitud es fraude.

Estoy haciendo esta solicitud para Ayuda General en mi nombre o en nombre del solicitante:

Firma del solicitante Fecha

Firma del cónyuge/pareja doméstica /representante Fecha

1. **Fecha de hoy:** ___/___/___ 2. **Número del Caso:** _____
MM DD AAAA DEJAR EN BLANCO SI NO TIENE UNO

3. **Nombre:** _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE

4. **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ 5. **Número de Seguro Social:** _____ 6. **Género** M F
MM DD YYYY

7. **¿A cuál oficina desea que se le envíe su caso de GR?** Circule uno entre las siguientes direcciones.

Civic Center
813 E. Fourth Place
Los Angeles, CA 90013

Metro Special
2707 S. Grand Ave.
Los Angeles, CA 90007

San Gabriel Valley
3352 Aerojet Ave.
El Monte, CA 91731

Rancho Park
11110 W. Pico Blvd.
Los Angeles, CA 90064

Glendale
4680 San Fernando Rd.
Glendale, CA 91204

Pasadena
955 N. Lake Ave.
Pasadena, CA 91104

South Central
10728 S. Central Ave.
Los Angeles, CA 90059

Wilshire
2415 W. 6th St.
Los Angeles, CA 90057

Lancaster General Relief Sub Office
337 East Ave K-10
Lancaster, CA 93535

Pomona
2040 W. Holt Ave.
Pomona, CA 91768

South Special
17600 B Santa Fe Ave.
East Rancho Dominguez, CA 90221

Metro East
2855 E. Olympic Blvd.
Los Angeles, CA 90023

San Fernando Sub Office
9188 Glenoaks Blvd.
Sun Valley, CA 91352

Southwest Special
1819 Charlie Sifford Dr.
Los Angeles, CA 90047



8. ¿Es usted una persona sin hogar?

Sí

No

8a. ¿Desea usted utilizar la oficina del DPSS como su dirección postal?

Sí

No, tengo una dirección de correo:

DIRECCIÓN

APARTAMENTO/SUITE/OTRO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

8b. Dirección de casa

DIRECCIÓN

APARTAMENTO/SUITE/OTRO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

8c. ¿Paga el alquiler?

No

Sí Cantidad: \$ _____

9. ¿Qué idioma(s) habla usted? inglés español otro _____

10. ¿Qué idioma lee? inglés español otro _____

11. Número de celular: (_____) _____ 12. Teléfono de casa: (_____) _____

13. Dirección de correo electrónico: _____

14. Estatus: Soltero Casado Pareja doméstica

15. ¿Alguien más está solicitando con usted? Nota: los cónyuges casados y las parejas domésticas deben solicitar juntos.

No

Sí

15a. ¿Quién está solicitando con usted?

APELLIDO PRIMER NOMBRE

15b. Su fecha de nacimiento ____/____/____

15c. Su género M F

15d. Su Número de Seguro Social: _____

15e. Su cónyuge/pareja doméstica debe completar el formulario de la SOLICITUD SUPLEMENTAL de AYUDA GENERAL

16. ¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

17. ¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí

No

17a. ¿Tiene un número de tarjeta de residencia?

Sí: _____ No

NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENCIA

(Vaya a la #18 en la siguiente página)
GR-20 (rev.07/2017) SPANISH



- 18. ¿Ha estado en el Condado de Los Angeles durante un mínimo de 15 días? Sí No
- 19. ¿Tiene pensado permanecer en el Condado de Los Angeles? Sí No
- 20. ¿Está actualmente en libertad condicional/(parolee/probation)? Sí No
- 21. ¿Está usted huyendo para evitar juicio, custodia o confinamiento después de una condena por delito mayor? Sí No
- 22. ¿Tiene usted ingresos?
 Sí No (Vaya al #23)

22a. ¿De dónde provienen los ingresos?

<input type="checkbox"/> Un trabajo.	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos.
<input type="checkbox"/> Beneficios del desempleo.	<input type="checkbox"/> Pensión.
<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad.	<input type="checkbox"/> Otro: _____

22b. ¿Cuánto ingreso recibe y con qué frecuencia? \$ _____

<input type="checkbox"/> Diario.	<input type="checkbox"/> Semanal.	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas.
<input type="checkbox"/> Dos veces al mes.	<input type="checkbox"/> Mensual.	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

- 23. Marque todos los bienes que posee:
 - Un auto(s). márkelo aun si no funciona. Una casa/remolque/casa móvil/otra propiedad.
 - Dinero en efectivo a la mano/cantidad *: \$ _____ Cuenta de cheques.**
 - Cuenta de ahorros.** Póliza de seguros.
 - Otro: _____

* Escriba la cantidad disponible hoy. ** marque aun si tiene un saldo de \$0 en la cuenta.
- 24. ¿Marque algunas de las condiciones siguientes que le impide trabajar o participar en un programa de empleo?
 - Condición de salud física. Condición de salud mental. Otro: _____
- 25. Un representante autorizado es alguien que puede tomar decisiones por usted y hablar con el Departamento de Servicios Sociales Públicos sobre su caso. ¿Desea un representante autorizado?
 - Sí No (ya terminó)

25a. Nombre del representante autorizado:

APPELLIDO
PRIMER NOMBRE



SOLICITUD SUPLEMENTARIA DE LA AYUDA GENERAL – SÓLO PARA CÓNYUGES O PAREJAS DOMÉSTICAS

Todos los cónyuges y parejas domésticas deben solicitar GR juntos. Este formulario debe ser completado por su cónyuge o pareja de hecho y presentado con la solicitud de GR.

Primer nombre/Apellido: _____ Número del caso: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de usted:

- 1. ¿Tiene una discapacidad y necesita ayuda para solicitar? Sí No
- 2. ¿Es un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No
- 3. ¿Es usted nacido en los Estados Unidos o ciudadano naturalizado? Sí No
Si no, ¿cuál es su número de extranjero (si corresponde)? _____
- 4. ¿Ha estado en el Condado de Los Angeles durante un mínimo de 15 días? Sí No
- 5. ¿Tiene pensado permanecer en el Condado de Los Angeles? Sí No
- 6. ¿Está actualmente en libertad condicional/libertad vigilada? Sí No
- 7. ¿Está usted huyendo para evitar juicio, custodia o confinamiento después de una condena por delito mayor? Sí No

Ingresos y Bienes

- 8. ¿Recibe usted ingresos? Sí No

¿De dónde provienen los ingresos? Un trabajo Beneficios del desempleo
 Beneficios por discapacidad Beneficios de veteranos Pensión Otro _____

¿Cuánto ingreso se recibe y con qué frecuencia? \$ _____
 Diario Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro

- 9. ¿Tiene usted propiedades o recursos? Sí No

Ejemplos de propiedad: terrenos, casas, apartamentos, autos (incluyendo casas móviles o remolques, etc.), son ejemplos de activos: efectivo, cuentas bancarias, pólizas de seguro, etc.,)

¿Qué propiedad tiene? Un auto(s) Una casa/remolque/casa móvil/otra propiedad Marque todas las que apliquen: Efectivo/cantidad: \$ _____
 Cuenta de ahorros Cuenta de cheques
 Póliza de seguros Otro _____

Empleabilidad

Por favor, conteste las siguientes preguntas para usted:

- ¿Tiene usted alguno de los que le impide trabajar o participar en un programa de empleo?

Condición de salud física Condición de salud mental Otro