

GENERAL ASSISTANCE APPLICATION PACKET

DUPAGE TOWNSHIP GENERAL ASSISTANCE OFFICE

241 Canterbury Lane
Bolingbrook, IL 60440

Phone: (630) 759-1317
Fax: (630) 759-3412

Thank you for your interest in applying for General Assistance from DuPage Township. General Assistance in DuPage Township is a locally administered welfare program which provides monthly financial assistance to individuals who are not currently eligible for any other State or Federal Assistance programs and do not have adequate income or resources to provide for their own basic needs. Depending on your situation, other resources may be available. **Please be sure to read everything that is being asked.**

STEP 1: Complete the attached application. Please be sure to fill out as much as you can.

STEP 2: Be sure to gather the following required documents:

- Photo ID for **just the applicant**
- Social security cards for the applicant and everyone else in the household
- Proof of all household income for the last 30 days
- Recent bank statement(s) from the last 30 days (*including from apps such as Cash App, Apply Pay, Chime, etc.*)
- Current lease, HAP agreement from Section 8 or mortgage statement
- Proof of any IDHS benefits such as SNAP or Medicaid (either a recent "Notice of Decision" or "Proof of Receipt of Program Benefits")
- Birth Certificate of everyone in the household
- All utility bills in the applicant's name
- If unable to work, verification of having applied for or have a pending case with Social Security or have a pending application for TANF.
- Depending on the circumstances, additional documents may be needed.

STEP 3: Make an appointment to submit the application and supporting documentation.

For an appointment, go online to: <https://tinyurl.com/GAEAmeeeting> or call the township office at 630-759-1317. **YOU MUST MAKE AN APPOINTMENT OR YOUR APPLICATION WILL NOT BE COMPLETE.**

Dropping off or e-mailing documentation without an appointment may result in a delay or denial of assistance. By law, a determination must be made within 30 days of submitting an application.

For more information, contact:

Vicente Fernandez, General Assistance Administrator
630-759-1317 ext. 203, GA@dupagetownship.com

INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL EN LA 2ª PÁGINA



PAQUETE DE SOLICITUD PARA ASISTENCIA GENERAL

OFICINA DE ASISTENCIA GENERAL DE DUPAGE TOWNSHIP

241 Canterbury Lane
Bolingbrook, IL 60440

Phone: (630) 759-1317
Fax: (630) 759-3412

Gracias por su interés en el programa de Asistencia General de DuPage Township. Asistencia General es un programa de asistencia social administrado localmente y provee asistencia financiera mensualmente a personas que no califican por ningún beneficio estatal o federal. Dependiendo de su situación, otros recursos estarán disponibles. Esta son los pasos para solicitar para la asistencia general. Por favor, lea todas las formas.

PASO 1: Cumple el formulario adjuntado. Por favor, llena este formulario lo mejor posible.

PASO 2: Recoja los siguientes documentos requeridos:

- Identificación del **solicitante**
- Tarjetas de seguro social del solicitante y de todos en el domicilio
- Arrendamiento de alquiler o declaración de hipoteca
- Todos los ingresos del hogar durante los últimos 30 días
- Un estado de cuentas durante los últimos 30 días (*incluyendo aplicaciones como Cash App, Chime, Apple Pay, etc.*)
- **Si** está recibiendo algún beneficio de IDHS como SNAP o Medicaid, la última Notificación de Decisión.
- Actas de nacimiento de todos en el domicilio
- Todas las facturas de los servicios públicos (utilidades)
- Si no puede trabajar, verificación de solicitud o un caso pendiente con la oficina de Seguro Social o una solicitud pendiente del Programa Asistencia Temporal para Familias (TANF).
- Depende de la situación, es posible que necesitaremos documentos adicionales.

PASO 3: Haga una cita para entregar la solicitud y documentación.

Puede ir en línea a: <https://tinyurl.com/GAEAMeeting> o llamar a la oficina de Asistencia General de DuPage Township para una cita. **TIENE QUE HACER UNA CITA O SU SOLICITUD SERÍA INCOMPLETO.** Dejando o mandando por e-mail la documentación sin haciendo una cita puede resultar en una negación de asistencia. Bajo la ley, debemos tomar una determinación en 30 días sobre una solicitud para ayuda.

Para más información:

Vicente Fernandez, Administrador de Asistencia General
630-759-1317 ext. 203, GA@dupagetownship.com

APPLICATION FOR GENERAL ASSISTANCE

Township:
 Municipio: DuPage
 County:
 Condado: Will

OFFICE USE

Date Returned: _____

ADDRESS INFORMATION INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Complete Address: _____ Date Moved In: _____
 Dirección Completo: _____ Fecha de Mudanza: _____

Living Arrangement: Rent Own
 Arreglo de Vivienda: Alquilando Poseyendo

If rent, Landlord's Name: _____ Landlord's Address: _____
 Si está alquilando, nombre del Dirección del propietario: _____

Previous Three Addresses (including city and state): _____ **Sus Tres Direcciones Anteriores (Incluye Ciudad y Estado):** _____

Address 1: _____ Date Moved In: _____
 Dirección 1: _____ Fecha de Mudanza: _____

Address 2: _____ Date Moved In: _____
 Dirección: _____ Fecha de Mudanza: _____

Address 3: _____ Date Moved In: _____
 Dirección 3: _____ Fecha de Mudanza: _____

CONTACT INFORMATION INFORMACIÓN DEL DOMICILIO

Full Name: _____ Social Security Number: _____
 Nombre Completo: _____ Número de Seguro Social: _____

Date of Birth: _____ Birthplace: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Phone: _____ Email: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MARITAL STATUS ESTADO CIVIL

Married Single Widowed Divorced Separated Deserted
 Casado Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Abandonado/a

Is there a court order for child support? Yes No
 ¿Hay una orden judicial para la manutención de los hijos? Si No

ASSISTANCE UNIT MEMBERS MIEMBROS DEL DOMICILIO

Name Nombre			Date of Birth Fecha de Nacimiento			Birthplace Lugar de Nacimiento		Relationship Relación	Social Security Number Número de Seguro Social
First Primero	Middle Medio	Last Apellido	Month Mes	Day Día	Year Año	City Ciudad	State Estado		

MILITARY INFORMATION INFORMACIÓN DE SERVICIO MILITAR

Military Service: Does any member of your family have current or previous military service?

Servicio Militar: ¿Hay alguien en su familia que tiene servicio militar actual o previo?

 Yes
Si No
No

If "Yes," who has current or previous military service?

¿En caso afirmativo, quien tiene servicio militar actual o previo? _____

EARNED INCOME INFORMATION INFORMACIÓN DE INGRESOS NO GANADOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Employer's Name <i>Nombre del Empleador</i>	Monthly Wage <i>Salario Mensual</i>
		\$
		\$
		\$

UNEARNED INCOME INFORMATION INFORMACIÓN DE INGRESOS NO GANADOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (Social Security, unemployment, etc.) <i>Fuente de Beneficio (Seguro Social, desempleo, etc.)</i>	Monthly Amount <i>Cantidad Mensual</i>
		\$
		\$

ASSET INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (bank accounts, personal property, real estate, etc.) <i>Fuente de Efectivo (cuentas bancarias, propiedades, etc.)</i>	Amount <i>Cantidad</i>
		\$
		\$

VEHICLES OWNED BY ANY FAMILY MEMBER VEHÍCULOS DE CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA

Owner <i>Dueño/a</i>	Year <i>Año</i>	Make <i>Marca</i>	Model <i>Modelo</i>	Date Purchased <i>Fecha de Compra</i>	License Plate Number <i>Número de Placa</i>	Present Sale Value <i>Valor de Venta Actual</i>
						\$
						\$

PUBLIC ASSISTANCE AND RELATED PUBLIC BENEFITS ASISTENCIA PÚBLICA Y OTROS BENEFICIOS PÚBLICOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (SNAP, TANF, AABD, etc.) <i>Fuente de Beneficio (SNAP, TANF, AABD, etc.)</i>	Monthly Amount <i>Cantidad Mensual</i>
		\$
		\$

MEDICAL INSURANCE BENEFIT INFORMATION SEGURO MÉDICO

Name of Company <i>Nombre de la Compania</i>	Type of Coverage <i>Tipo de Cobertura</i>	Annual Premium <i>Prima Anual</i>

I understand that if I want someone else to apply for General Assistance for me, and I am mentally and physically able to apply, I must provide a written statement that gives the person permission to apply on my behalf. The statement must include the full name, address and telephone number of the person applying for me. The statement must say that I am still responsible for the information that the person applying for me gives to the local General Assistance office. The statement must also say that I am liable for repaying benefits that were received due to incorrect or incomplete information provided by an approved representative.

This application must be signed by the applicant, however, if the person is too ill, or otherwise mentally or physically unable to complete an application, this application may be filed by the spouse, parent, child, adult sibling, or other relative. If there are no relatives this application may be signed by any other person able to furnish necessary information with reasonable competence. I have read this application for General Assistance and declare under penalties of perjury that, to the best of my knowledge and belief, the information supplied in this application and all accompanying statements is true and correct, and that it is a complete statement of all income, assets, or resources belonging to me or to any member of my immediate family.

I agree to notify the Supervisor of General Assistance of any change whatsoever in need, or in the resources listed herein, or any new or additional income or resources. Further, I hereby authorize any person, bank, firm, corporation, transfer agent, agency, institution or the Department of Human Services to furnish the Supervisor of General Assistance whatever information that may be requested relative to accounts, deposits, investments, securities, Railroad System Disability Income benefits, or business of any kind whatsoever.

Yo entiendo que si quiero alguien diferente hacer la solicitud para Asistencia General de parte de mi y soy dispuesto mentalmente y físicamente y tengo que proveer una declaración escrita dando permiso a la persona solicitando para mí. La declaración tiene que decir que estoy responsable para la información que la persona solicitando para mí, da a la oficina de Asistencia General. La declaración también tiene que decir que estoy responsable en pagando por beneficios que he recibido por parte de información incorrecto o incompleto de mi representante.

Esta solicitud tiene que ser firmado del solicitante, sin embargo, si la persona está muy débil o mentalmente o físicamente indisponible a cumplir una solicitud, esta solicitud puede ser completo de parte de un esposo/a, padre, hijo/a, hermano/a adulto u otro pariente. Si no hay parientes esta solicitud puede ser firmado por otra persona disponible a dar información necesaria con competencia razonable. Yo he leído esta solicitud para Asistencia General y declaro, bajo penales de perjurio que, según entiendo y creencia, la información en esta solicitud y todas las declaraciones son ciertos y correctos y es una declaración completa de todo los ingresos, activos o recursos perteneciendo a mi o cualquier miembro de mi familia.

Yo estoy de acuerdo a notificar al Supervisor de Asistencia General de cualquier cambio en necesidad o en los recursos nombrado o ingresos o recursos adicionales o nuevos. Además, yo doy la autoridad a cualquier persona, banco, empresa, corporación, agente de transferencia, agencia, institución o el Departamento de Servicios Humano a dar el Supervisor de Asistencia General Cualquier información que puede ser pedido sobre cuentas, depósitos, inversiones, seguridades, beneficios de ingreso por discapacidad del sistema ferroviario o de cualquier negocio.

Applicant Signature:
Firma del Solicitante:

Date:
Fecha:
