

SAVING FOR SUCCESS

PROGRAMA DE NEGOCIOS Y EDUCACIÓN

El programa IDA de Community Action Partnership ahora se llama:
SAVING FOR SUCCESS!

¡El periodo de inscripción para el programa “Saving for Success” ya está abierto!

- Aplicaciones incompletas no serán procesadas.
- Por favor consulte la lista de documentos necesarios (página 2) para asegurarse que no olvide nada.
- En éste momento, el programa ofrece **1:2 (De cada dólar que usted ahorre, el programa igualará 2 dólares)**
- Información de horarios, fechas y actualizaciones de los talleres ofrecidos para el programa se publicará en la página de Facebook de Community Action Partnership www.facebook.com/caprivco así como en la página www.capriverside.org

Las aplicaciones deben entregarse antes de las 5pm del 31 de Mayo del 2022

Envíe su aplicación completa con toda la documentación requerida.

County of Riverside Community Action Partnership
ATTN: Saving for Success
2038 Iowa Avenue, Suite B-102 Riverside, CA 92507
Vía e-mail: mosantana@caprivside.org



Nombre del Apicante: _____

Fecha: _____

LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

Tenga en cuenta que debe proporcionar la siguiente información, según corresponda. Su aplicación no podrá ser procesada sin esta información.

Por favor revise su aplicación detalladamente.

- Todas** las preguntas han sido contestadas
- Firmó y escribió la fecha** en donde lo requiere

Asegúrese de enviar los siguientes documentos:

- Aplicación completa (todas las páginas después de la lista de documentos requeridos)
- Carta de apoyo
- Declaración/narración del objetivo de ahorro
- Declaración/narración de obstáculo de su objetivo de ahorro
- Copia de su declaración de impuestos del año 2021 (**todas las páginas**)
- Copia de los talones de pago de los últimos **2 meses** de todos los empleos que tiene actualmente a la fecha en que su aplicación es enviada.
- Copias de otros ingresos: TANF (asistencia monetaria), SSA, SSDI, beneficios de desempleo, estampillas de comida, manutención infantil, pensión alimenticia o cualquier otro ingreso que no esté incluido en su declaración de impuestos.
- Declaración de pérdidas y ganancias actuales para todos los ingresos de empleo por cuenta propia del 2021 (si aplica para usted)
- Comprobante de domicilio: Copia más **reciente** de su factura de utilidades **activo** (gas, electricidad o agua) mostrando la dirección del servicio (No se aceptará cuenta de un servicio recién abierto o de alguna cuenta antigua); factura de seguro de automóvil o documento del DMV mostrando la dirección donde se mantiene el vehículo actualmente, factura hipotecaria o contrato/acuerdo de arrendamiento. Tenga en cuenta que el comprobante de domicilio tiene que estar reciente y activo a la fecha que la aplicación es enviada

Por favor conserve una copia de su aplicación completa para sus registros.

Nombre del Apicante: _____

Fecha: _____



APLICACION PARA SAVING FOR SUCCESS 2022

Nombre: _____
(primer) (segunda inicial) (apellido)

Dirección: _____

Numero de telefono: () _____

Correo electronico: _____

Cómo supo del programa Saving for Success (IDA Saving Match)?

Ha participado usted o alguien en su hogar en un programa de IDA anteriormente?

Sí

No

Es usted miembro de una familia que es elegible para el programa TANF *?

(Temporary Assistance for Needy families – Programa Cal Works) Sí No

* Los participantes de TANF no necesitan pagar menos de \$ 10,000. Requisito de valor neto (ver página 5). Proporcione un Aviso de acción o un Informe de pasaporte actual (si corresponde).

Nombre del Apicante: _____

Fecha: _____



ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE NIVEL DE POBREZA FEDERAL DEL AÑO 2022

Su ingreso en bruto ajustado (AGI por sus siglas en inglés) es igual o inferior al 200% de las pautas federales de pobreza? Si No

Por favor utilice la tabla de abajo para referencia

Tamaño de la Unidad Familiar o Número en el Hogar	Ingreso Mensual	Ingresos Anuales
1	\$2,265	\$27,180
2	\$3,052	\$36,620
3	\$3,838	\$46,060
4	\$4,625	\$55,500
5	\$5,412	\$64,940
6	\$6,198	\$74,380
7	\$6,985	\$83,820
8	\$7,772	\$93,260
9+	Agregue \$393.33 por cada persona mayor de 8 años	

Cuál es el tamaño de su hogar: _____

Ingreso del hogar para 2022: _____

Certifico que el ingreso total del hogar mencionado anteriormente es preciso y verdadero a mi leal saber y entender. Entiendo que se me puede solicitar en cualquier momento que proporcione una prueba de este ingreso

Firma del Aplicante

Fecha

ESTIMANDO EL VALOR NETO DE SU HOGAR

Nombre del Aplicante: _____

Fecha: _____



Una de las calificaciones para los Participantes, **a excepción de los destinatarios de TANF**, es su Valor Neto Familiar el cual no puede exceder los \$ 10,000 al final del último año. Comience por hacer una lista de todos los bienes (activos) poseídos por los miembros del hogar y estimar su valor de mercado; luego haga una lista de los saldos que los miembros deben sobre las deudas y préstamos (Pasivos). Las pautas de AFI le permiten **excluir** el valor neto de su hogar el valor de su residencia principal y un vehículo.

El valor neto se calcula restando las deudas / deudas totales de su hogar y el valor de los bienes del hogar, **sin incluir** su residencia principal y un vehículo. Si proporciona los valores de sus activos y saldos de sus pasivos, calcularemos el Patrimonio neto del hogar estimado para usted.

Si en su hogar se poseen bienes (“activos”), ¿Cuál es su valor estimado?	Activos
Hogar principal (no cuenta para el cálculo del valor neto)	
Automóvil 1 (no cuenta para el cálculo del valor neto)	
Casa 2	
Automóvil 2	
Ganancias (Activos) de negocios	
Propiedad de alquiler o terreno	
Valor en efectivo disponible de acciones y bonos, fondos de jubilación u otras inversiones	
Balance(s) de cuenta de cheques	
Cuenta(s) de ahorros	
Otro	
Total de bienes	\$
Reste el total de las deudas (“pasivo”)	\$
Total del valor neto del hogar	\$

Si en su hogar se tiene deudas, ¿Cuánto se debe?	Pasivos
Hipoteca 1	
Automóvil 1	
Hipoteca 2	
Automóvil 2	
Deudas (pasivo) de negocio(s)	
Propiedad de alquiler o préstamos de terrenos	
Cuentas vencidas del hogar	
Balances de tarjetas de crédito	
Balance de préstamo(s) estudiantiles	
Facturas médicas	
Sentencias no pagadas y gravámenes (impuestos)	
Deuda de pensión alimenticia/manutención infantil	
Otro	
Total de deudas	\$
El total de su valor neto es menor a \$10,000?	

Nombre del Aplicante: _____

Fecha: _____

CARTA DE APOYO

Proporcione una carta de apoyo que nos diga ¿Por qué debe ser seleccionado para el programa de ahorro?

- Debe ser escrita por un adulto (mayor de 18 años)
- La carta puede ser de algún miembro de su familia, amigos, compañero de trabajo, clérigos, empleadores, etc. (Alguien que lo conozca por un tiempo)
- La persona que escribe la carta, debe incluir lo siguiente:
 - ✓ Nombre completo, dirección, número de teléfono y correo electrónico.
 - ✓ La relación que tiene con usted y el tiempo que lleva de conocerle.
 - ✓ ¿Cómo lo ayudaría, apoyaría o alentará a alcanzar su meta?

NARRATIVAS DE SOLICITANTES

Por favor responda a las siguientes preguntas de una forma precisa y breve. No hay una respuesta correcta o incorrecta; solo sea reflexivo y honesto al escribir su respuesta. Esta parte de la aplicación es importante. Por lo cual se le pide que se tome el tiempo a responder. Si necesita más espacio puede responder en una hoja de papel separada (si es posible mecanografiada), recuerde incluir su nombre.

Usted puede también escribir su respuesta a mano; solo asegúrese que su escritura sea fácil de leer.

- ¿Cuál es su objetivo de ahorro en el programa Savings for Success?
 - Negocio** (Iniciar o expandir un negocio)
 - Educación** (Educación escolar post-secundaria o Vocacional)

1. ¿Por qué es importante esta meta para usted?

Nombre del Apicante: _____

Fecha: _____

2. ¿Qué es lo que usted ha hecho para prepararse a lograr este objetivo?

3. ¿Qué debe hacer a continuación para prepararse a lograr este objetivo?

4. ¿Cómo va a ahorrar u obtener el resto del dinero que necesita para lograr su objetivo?

5. Mirando hacia el futuro, ¿Cómo logrará esta meta cambiar su vida en los próximos 5 años?

Por favor identifique una barrera u obstáculo que haya superado en su vida.

****Escriba solamente lo que le haga sentir cómodo en compartir****

1. Por favor describa el obstáculo u barrera.

2. Una vez que lo reconoció, ¿Qué pasos tomó para aprender y decidir cómo trabajar a través o alrededor de este obstáculo?

3. ¿Cómo fue su experiencia al sobrepasar este obstáculo que cambió su vida?

4. ¿De qué manera lo que aprendió de la experiencia lo ayudará a tener éxito en el programa Saving for Success?

Nombre del Aplicante: _____

Fecha: _____

Customer Intake Form

REV 4/22

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		PROGRAMA QUE SOLICITA
DOMICILIO		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

GÉNERO	ESTADO CIVIL		ETNIA
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Socio Doméstico	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/ No-Latino

INDIQUE SU RAZA

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multi-Raza
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco)	<input type="checkbox"/> Sin Especificar

INDIQUE SU SEGURO MÉDICO

<input type="checkbox"/> No Tiene Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal Para Niño
<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal Para Adulto
<input type="checkbox"/> Basado en el empleo	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Militar	<input type="checkbox"/> Desconocido

INDIQUE SU EDUCACIÓN

<input type="checkbox"/> Educación 0-8th Grado	<input type="checkbox"/> GED
<input type="checkbox"/> 12+ Algunos estudios postsecundarios	<input type="checkbox"/> Título de Posgrado
<input type="checkbox"/> Título de 2 Años	<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria
<input type="checkbox"/> Título de 4 Años	<input type="checkbox"/> Sin Especificar
<input type="checkbox"/> Educación 9-12 Grado	<input type="checkbox"/> Escuela Vocacional

ESTATUS MILITAR	¿RECIBE CUPONES DE COMIDA?	¿ES USTED DISCAPACITADO?
<input type="checkbox"/> Militar en Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar la Respuesta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar la Respuesta

AGRICULTOR	SITUACIÓN LABORAL	
<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Migrante Estacional <input type="checkbox"/> No es un Agricultor	<input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Agrícola Temporal Migrante <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Desempleado (de Larga Duración) <input type="checkbox"/> Desempleado (Sin Trabajo) <input type="checkbox"/> Desempleado de Corta Duración (menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desconocido

¿RECIBE WIC?	BENEFICIOS NO MONETARIOS	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Subsidio Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Vale de Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Vale de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> CalFresh/Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> LIHEAP <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente <input type="checkbox"/> WIC

INDIQUE SU INGRESO MENSUAL Y SELECCIONE LA FUENTE DE INGRESO: \$

<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> Auto-Empleo <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Seguro Privado de Invalidez	<input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Seguro Social de Retiro <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Servicio VA - Discapacidad <input type="checkbox"/> VA Sin Servicio - Discapacidad
--	---	---

SITUACIÓN DE VIVIENDA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler | <input type="checkbox"/> Propio - Casa Móvil | <input type="checkbox"/> Huir |
| <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Temporalmente Estable |
| <input type="checkbox"/> Propio - Multifamiliar | <input type="checkbox"/> Sin Hogar | <input type="checkbox"/> Temporalmente Inestable |

MIEMBROS ADICIONALES DE SU HOGAR

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO
ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN (Grado más alto completado, si es mayor de 18)	SEGURO DE SALUD	ETNIA	RAZA
SERVICIO MILITAR (Sí o No)	CUPONES DE COMIDA (Sí o No)	WIC (Sí o No)	DISCAPACITADO (Sí o No)	AGRICULTOR (Sí o No)

TAMAÑO TOTAL DEL HOGAR:**INGRESO TOTAL DEL HOGAR:
*PARA TODOS EN EL HOGAR**