

¿Necesita una
Computadora?



Community Action Partnership **Programa Tech For Success**

Obtenga una computadora restaurada gratis al participar en dos talleres de educación financiera en línea!*

Los participantes pueden tomar las clases en línea <https://credit.org/courses> y enviar los certificados via correo electronico a: mosantana@capriverside.org

Tome dos talleres de la siguiente lista:

1. Power of Paycheck Planning
2. Understanding Your Credit Score
3. Roadmap to Financial Freedom/Debt Management
4. Budget 911
5. Identity Theft

*Participantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos y deben ser residentes del condado de Riverside.

La calificación de ingresos se basa en el 200% de las pautas federales de pobreza y la cantidad de personas en el hogar. Asistencia basada en la disponibilidad de fondos.

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	

FOR MORE INFO CONTACT  **MONICA SANTANA**
(951) 955-4900
Mosantana@capriverside.org



Community Action CAP DESKTOP PROGRAM



Descripción General

El programa CAP es un programa financiado por CSBG para ayudar a las familias del condado de Riverside con asistencia tecnológica de emergencia para ayudar a reducir la brecha digital.

Lista de verificación de la aplicación: Las solicitudes incompletas retrasarán el tiempo de procesamiento. Verifique que los 4 artículos estén incluidos y completos.

- Solicitud: Por favor, rellene la solicitud adjunta. No olvide firmar y fechar la solicitud al final.
- Ingresos: Por favor, incluya una copia de las últimas 4 semanas.
- Identificación: Por favor incluya una copia de su identificación con foto. Puede ser una identificación emitida por el gobierno, una tarjeta de identificación consular, una identificación de estudiante o un pasaporte.
- Certificados: Por favor, complete 2 clases enumeradas a continuación en www.credit.org e incluya una copia de los certificados con su solicitud.
 - Power of Paycheck Planning
 - Understanding Your Credit Score
 - Roadmap to Financial Freedom/Debt management
 - Budget 911
 - Identity Theft

Requisitos y Elegibilidad

- ✓ Residir en el condado de Riverside
- ✓ Ser mayor de 18 años
- ✓ Presentar una forma de identificación (emitida por el gobierno, una tarjeta de identificación consular, una identificación de estudiante, o un pasaporte.)
- ✓ Copia de los 2 certificados de Credit.org
- ✓ Uno por hogar

La calificación de ingresos se basa en el 200% de las pautas federales de pobreza y la cantidad de personas en el hogar.

*Asistencia basada en la disponibilidad de fondos

Puede enviar su solicitud y identificación de las siguientes maneras:

Por Email: capcares@capriverside.org

Por Correo:

Community Action Partnership
2038 Iowa Ave Ste B-102
Riverside, CA 92507

En persona en cualquiera de nuestras oficinas de CAP ubicadas en:

Riverside: 2038 Iowa Ave B-102
Riverside, CA 92507

Hemet: 749 N State St
Hemet, CA 92453 (Solo buzón de correo)

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	

Desert Hot Springs: 14320 Palm Dr
DHS, CA 92240 (Solo buzón de correo)

Blythe: 260 N. Broadway
Blythe, CA 92225



Community Action DESKTOP APPLICATION



Sección 1 Información del Aplicante

Nombre Completo: _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Domicilio: _____
Dirección de la Calle *Apartamento/Unidad #*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tamaño del hogar: _____ Ingreso total del hogar: _____

¿Ha recibido una computadora de CAP antes? _____

¿Cómo se enteró de CAP? _____

¿Necesitas ayuda con Internet? Sí No

Sección 2 Firma del Solicitante

1. Por la presente autorizo a Community Action Partnership (CAP) a examinar todos los registros de empleo, ingresos, servicios públicos y otros registros pertinentes a mi solicitud de asistencia.
2. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información aquí contenida es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
3. Certifico que el ingreso familiar total de la persona mencionada anteriormente no excede las pautas federales de pobreza del 200 % indicadas en la primer página.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Las clases se pueden encontrar en www.Credit.org/courses

*La ayuda se basa en la disponibilidad de fondos y en los requisitos de ingresos.

Envíe los certificados y la solicitud completa a:
capcares@capriverside.org

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**