



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Napa County Health & Human Services Agency

Self Sufficiency Services Division

General Assistance Application

Name of Applicant <i>(Last Name, First Name, Middle Initial)</i>		Date of Birth	Social Security Number
Name of Spouse <i>(Last Name, First Name, Middle Initial)</i>		Date of Birth	Social Security Number
Presently Living At: <i>(Address, City and State, Zip Code)</i>			As of what date:
Mailing Address: <i>(Address, City and State, Zip Code)</i>			Telephone Number
I/We intend to reside in Napa County for <i>(Length of Time)</i>			
Have you ever received General Assistance before?		If yes, when and where?	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

CERTIFICATION AND PERJURY STATEMENT

I understand that General Assistance is a loan program and I agree to repay all aid that I receive. I understand that I must sign a lien on all property that I own, including my home.

I understand that I must sign a lien on any Social Security benefits (SSI/SSP) that I have applied for. If and when my SSI/SSP application is approved, the General Assistance (GA) program will collect the amount of GA benefits I receive from my first SSI/SSP check.

I understand that I must look for work and follow an employment plan to keep my aid. If I am unable to work or look for work I understand that I must provide proof of my physical or mental disability.

I understand and agree that I have to comply with eligibility rules, some of which I may be asked to do before any aid can be given. I understand that the statements I have made on this form may be checked and verified.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information I have given is true, correct and complete.

Signature of Applicant	Date
Signature of Spouse (if applicable)	Date
Signature of Witness (if signed with a mark)	Date



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Napa
División de Servicios de Autosuficiencia
Solicitud de Asistencia General

Nombre del Solicitante <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre del Cónyuge <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección de su Hogar: <i>(Dirección en la que vive actualmente, Ciudad, Estado y Código Postal)</i>			Desde que fecha:
Dirección Postal: <i>(Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal)</i>			Número de Teléfono
Yo/Nosotros tenemos intención de vivir en el Condado de Napa por (Periodo de Tiempo)			
¿Alguna vez ha recibido asistencia general?		Si su respuesta es si, ¿cuándo y dónde?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DECLARACION DE CERTIFICACION Y PERJURIO			
<p>Entiendo que Asistencia General es un programa de préstamos y estoy de acuerdo en pagar toda la ayuda/beneficios que reciba. Entiendo que debo firmar el derecho a la retención sobre todos los bienes que poseo, incluyendo mi casa.</p> <p>Entiendo que debo firmar un enlace sobre los beneficios de Seguro Social (SSI/SSP) que he solicitado. Si y cuando se apruebe mi solicitud de SSI/SSP, el programa de Asistencia General (GA) va a colectar la cantidad de beneficios GA que reciba de mi primer cheque de SSI/SSP.</p> <p>Entiendo que tengo que buscar trabajo y seguir un plan de empleo para mantener mis beneficios. Entiendo si no puedo trabajar o buscar trabajo que debo entregar comprobante de mi discapacidad física o mental.</p> <p>Entiendo y acepto que tengo que cumplir con las reglas de elegibilidad, algunas de las cuales se me puede pedir que haga antes de que se me pueda dar cualquier ayuda. Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario pueden ser comprobadas y verificadas.</p> <p>Declaro bajo pena de perjurio de las leyes de los Estados Unidos de América y el estado de California que la información que he dado es verdadera, correcta y completa.</p>			
Firma del Solicitante			Fecha
Firma del Cónyuge			Fecha
Firma del Testigo (si firmo con una marca)			Fecha