

### APPLICATION AND REPAYMENT AGREEMENT FOR GENERAL RELIEF

1. APPLICANT NAME (Person for whom assistance is requested) (First, Middle Initial, Last)		Maiden Name (If applicable)		CASE NUMBER -----
Street Address			Apartment	SOCIAL SECURITY NO.
City	County	State	Zip Code	Phone

2. A. Are you receiving CalWORKs or SSI now? [ ] YES [ ] NO  
 B. Have you or your family received or applied for public assistance in the past? [ ] YES [ ] NO  
 C. Date and place where last applied or received \_\_\_\_\_ Type of assistance \_\_\_\_\_ Name Used (If different from applicant) \_\_\_\_\_

3. Do you have a disability and need help applying? [ ] YES [ ] NO

4. A. What language do you prefer to read (if not English)? \_\_\_\_\_  
 B. What language do you prefer to speak (if not English)? \_\_\_\_\_  
 The County will provide an interpreter at no cost to you. If you are deaf or hard of hearing please check here

5. Race and ethnicity information is optional. Your answers will not affect your eligibility for aid or benefit amount. Check all that apply to you. The law says the County must record ethnic group and race.

ETHNICITY	Are you of Hispanic, Latino or Spanish Origin? [ ] Yes [ ] No	If you are of Hispanic, Latino origin, do you consider yourself: [ ] Mexican [ ] Puerto Rican [ ] Cuban [ ] Other _____
-----------	--	--

**RACE/ETHNIC ORIGIN**  
 White  American Indian or Alaskan Native  Black or African American  Other or Mixed \_\_\_\_\_  
 Asian (if checked, please select one or more of the following):  
 Filipino  Chinese  Japanese  Cambodian  Korean  Vietnamese  Laotian  Other Asian: \_\_\_\_\_  
 Native Hawaiian or other Pacific Islander (if checked, please check one or more of the following):  
 Native Hawaiian  Guamanian or Chamorro  Samoan

#### CERTIFICATION

I understand and agree that I have to comply with all eligibility requirements, some of which I may be asked to do before the county issues an immediate need payment, such as: registering for work, furnishing social security numbers, accepting any income which may be available to me, cooperating with the District Attorney regarding child support, etc. Also, I understand that the statements I have made are subject to investigation and verification.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the statements I have given are true and correct.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Spouse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

----- STOP HERE DO NOT COMPLETE UNTIL YOU SEE A WORKER -----

#### AGREEMENT TO REIMBURSE COUNTY OF SAN BERNARDINO FOR LOAN

In consideration of the agreement by the San Bernardino County Transitional Assistance Department to advance assistance to me, Division 9, Part 5, Welfare and Institutions Code of the State of California (Statute of 1971), I promise to repay to the County of San Bernardino all assistance advanced to me. To the extent allowed by law.

In the event I receive Supplemental Security Income/State Supplemental Payment (known as SSI/SSP) as administered by the Social Security Administration (SSA), I promise to pay or make arrangements to repay to the County of San Bernardino **within five (5) days of receiving my SSI/SSP Benefit Payment.**

In consideration of the foregoing, I hereby waive forever all statutes of limitations upon any causes of action arising hereunder.

In event of suit to collect, I agree to pay all costs of suit and necessary attorney fees.

Signature of Promisor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Spouse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

REQUIRED WITNESSES: (Full legal signature)  
 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

WHEN YOU ARE REPAYING GENERAL RELIEF FUNDS, make checks or money orders payable to San Bernardino County HS. Write your Social Security number on the payment. **Mail the payment to:**

**HS Auditing - GR Collections  
 825 East Hospitality Lane  
 San Bernardino, CA 92415-0914**

## SOLICITUD Y ACUERDO DE REEMBOLSO PARA AYUDA GENERAL

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (Persona para quien pide asistencia) (Primero, Inicial Medio, Apellido)		Nombre de Soltera (si aplica)	<b>NUMERO DEL CASO</b>	
Número y Calle		Número de Apartamento	Número de Seguro Social	
Ciudad	Condado	Estado	Zona Postal	Teléfono

2. A ¿Está recibiendo CalWORKs o SSI ahora? [ ] SI [ ] NO  
 B ¿Ha usted o su familia hecho una solicitud o a recibido asistencia pública anteriormente? [ ] SI [ ] NO  
 C. La última fecha y sitio donde recibí o apliqué para asistencia Nombre que uso (Si es diferente que el de arriba)

Tipo de asistencia	
--------------------	--

3. ¿Tiene una incapacidad/discapacidad y necesita ayuda para presentar su solicitud? [ ] SI [ ] NO

4. A. ¿Qué idioma prefiere leer (si no es el inglés)? \_\_\_\_\_  
 B. ¿Qué idioma prefiere hablar (si no es el inglés)? \_\_\_\_\_

El Condado le proporcionará un intérprete sin costo para usted. Si usted es una persona sorda o tiene problemas de audición, por favor marque aquí

5. La información sobre la raza y etnia es opcional. Sus respuestas no afectaran su elegibilidad ni la cantidad de sus beneficios. Marque todo lo que sea pertinente para usted. La ley estipula que el Condado tiene que registrar su grupo étnico y raza.

ETNIA	¿Es usted de origen Hispano, Latino, O Español? [ ] Sí [ ] No	Si es de origen hispano o latino, se considera usted: [ ] Mexicano [ ] Puertorriqueño [ ] Cubano [ ] Otro _____
-------	--	--

**RAZA/ORIGEN**

[ ] Blanco [ ] Indígena de los Estados Unidos de América o Indígena de Alaska [ ] Negro o afroamericano [ ] Otro o mixto \_\_\_\_\_  
 [ ] Asiático (si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):  
 [ ] Filipino [ ] Chino [ ] Japonés [ ] Camboyano [ ] Coreano [ ] Vietnamita [ ] Hindú [ ] Otro asiático: \_\_\_\_\_  
 [ ] Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):  
 [ ] Indígena hawaiano [ ] Guameño o Chamorro [ ] Samoano

**CERTIFICACION**

Entiendo y estoy de acuerdo que tengo que cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, algunos de los cuales me pueden pedir haga antes de que el condado me dé un pago de necesidad inmediata, como: registrarme para trabajo, dar números de seguro social, aceptar cualquier dinero que me es disponible, cooperar con el Fiscal del Distrito sobre manutención para niños, etc. También entiendo que las declaraciones que he hecho están sujetas a investigación y verificación.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que las declaraciones que he dado son verdaderas y correctas.

Firma _____	Fecha _____	Firma del esposo(a) _____	Fecha _____
-------------	-------------	---------------------------	-------------

**----- DETÉNGASE AQUÍ NO COMPLETAR HASTA QUE VEA A UN TRABAJADOR -----**

**ACUERDO PARA REEMBOLSAR AL CONDADO DE SAN BERNARDINO POR UN PRESTAMO**

En consideración con el acuerdo del Departamento de Asistencia Transitoria del Condado de San Bernardino, de adelantarme asistencia, División 9, Parte 5 del Código de Bienestar e Instituciones del Estado de California (Estatuto de 1971), prometo pagar al Condado de San Bernardino toda la asistencia monetaria que me adelantó. En la medida permitida por la ley.

En caso que reciba Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) administrado por la Administración del Seguro Social (SSA), prometo pagar o hacer arreglos para reembolsar al Condado de San Bernardino **dentro de cinco (5) días del recibo del pago beneficios de SSI/SSP.**

En consideración de lo antedicho, yo renuncio para siempre todos estatutos de limitaciones sobre cualquier causa de acción que surja en virtud del presente documento.

En caso de petición a coleccionar, acepto pagar todos los costos de la petición los honorarios necesarios de abogado.

Firma del Prometedor _____	Fecha _____	Firma del esposo(a) _____	Fecha _____
----------------------------	-------------	---------------------------	-------------

**TESTIGOS REQUERIDOS: (Firma legal)**

	Fecha _____
	Fecha _____

CUANDO USTED PAGA BENEFICIOS DE ASISTENCIA GENERAL, haga cheques o giros postales **pagaderos a San Bernardino County HS.** Escriba su número de Seguro Social en el pago. **Envíe el pago por correo a:**

**HS Auditing, GR Collections  
 825 East Hospitality Lane  
 San Bernardino, CA 92415-0914**