

**El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**PROGRAMA DE TRABAJO JUMMP**  
**Llene este formulario para beneficios de TANF/Independencia Familiar (FI)**

- JUMMP es un programa que le ayudará a encontrar empleo.
- Si usted está solicitando Independencia Familiar (FI), puede que se le requiera que participe en el programa de trabajo JUMMP. Si se determina que usted tiene que participar en JUMMP y usted no lo hace, su solicitud de FI será denegada o su caso de FI será cerrado.
- En cuanto sea referido, un proveedor del programa de trabajo JUMMP le contactará usando la información que usted ha proporcionado en este formulario. Vuelva a revisar esta información por exactitud y esté seguro de proveer números telefónicos y/o correos electrónicos vigentes.
- **Su cita inicial de JUMMP puede tardar unas horas. Por favor coordine su cuidado infantil con anticipación y no traiga a los niños a la cita.**

Si

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ N° de Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de Contacto  Al Hogar  Al Celular  Otro N°: \_\_\_\_\_  Correo Electrónico

1. ¿Hay dos padres viviendo en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene usted un niño menor de 12 meses de edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Está solicitando por un niño que no es suyo? (Por ejemplo: nieto/a, sobrino/a, hermano/a, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Es usted menor de 20 años de edad? a. ¿Tiene usted su diploma del colegio o GED?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Le ha dicho un médico que no puede trabajar dado a una condición médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Usted tiene que mantenerse en casa para cuidar a un familiar enfermo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Está usted actualmente recibiendo beneficios de discapacidad, como el SSI, Beneficios de Discapacidad del Seguro Social, o beneficios de la Administración de Veteranos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Fue usted recibido a los EE. UU. como un refugiado, cubano/haitiano, bajo libertad condicional, o asilado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Está actualmente matriculado en una institución de educación superior? a. Si es así, es usted estudiante de medio tiempo (MT) or tiempo completo (TC)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TC
10. ¿Está trabajando actualmente? a. Si es así, ¿cuántas horas trabaja por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ horas por semana
11. ¿Está actualmente embarazada? a. Si es así, ¿cuántos meses tiene de embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ meses de embarazo