



Servicios vecinales
y comunitarios



Opciones de Transporte, Programas y Servicios

Transporte de Servicios Humanos, Servicios Vecinales y Comunitarios
12011 Government Center Parkway, Tenth Floor, Fairfax, VA 22035

TELÉFONO: (703) 222-9764

FAX: (703) 653-9457

SITIO WEB: www.fairfaxcounty.gov/neighborhood-community-services/transportation/tops



Condado de
Fairfax, Virginia

CORREO ELECTRÓNICO: NCSHST-TOPS@fairfaxcounty.gov

APLICACIÓN PARA TOPS

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	Apellido
Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DE DIRECCIONES

Dirección	Apartment #	
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	
Correo Electrónico		

SECCIÓN 3 - CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Apellido
Relación	Número de Teléfono

SECCIÓN 4 - CONTACTO SECUNDARIO / REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, el solicitante, por la presente autorizo a la persona que figura a continuación a actuar como mi enlace en todos los asuntos del Programa TOPS. ¿Firmará esta persona la solicitud en su nombre? **Sí** **No**

Apellido	Nombre
Relación	Teléfono #
Correo Electrónico	

SECCIÓN 5 - SERVICIOS ACTUALES DEL CONDADO

¿Actualmente está recibiendo servicios a través de alguno de los siguientes departamentos? (Por favor encierre en un círculo)

Servicios para Familias **Departamento de Salud** **Junta de Servicios Comunitario** **Vivienda y Desarrollo Comunitario** **NINGUNO**
(Family Services) (Health Department) (Community Services Board) (Housing and Community Development)

****en caso afirmativo, NO se necesita verificación de ingresos****

Nombre del Trabajador Social

Información de Contacto del Trabajador Social

SECCIÓN 6-INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE LOS HOGARES

(ingreso para usted y TODOS los adultos que viven en tu casa)

Fuente	Cantidad	Fuente	Cantidad
Empleo	\$	Pensión / Jubilación	\$
Beneficios de SSI / SSDI / SS	\$	Anualidad	\$
Prestaciones de Desempleo	\$	Otro	\$
Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual Total Del Hogar		\$

Adjunte todos los documentos de respaldo, incluidas Cartas de Pensión, Estados de Cuenta de Distribución de IRA, Estados de Cuenta Bancarios Recientes (dentro de los últimos 30 días), Cheques de Seguro Social, Talones o Cartas de Adjudicación. Puede adjuntar documentos a esta solicitud, o puede enviarlos por fax (703-653-9457) o por correo electrónico (NCSHST-TOPS@fairfaxcounty.gov)

SECCIÓN 7 - INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

¿Utiliza un dispositivo de movilidad?

Sí

No

¿Necesita exclusivamente vehículos accesibles para sillas de ruedas?

Sí

No

¿Es usted un cliente registrado de MetroAccess?

Sí

No

¿Recibe SSDI?

Sí

No

SECCIÓN 8 - FIRMA (obligatorio)

La información que he proporcionado es confidencial y solo se utilizará para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa TOPS. Certifico que toda la información contenida en este formulario es verdadera y exacta.

Firma

Fecha