



DATE: \_\_\_\_\_

**Sieda Community Action Banco de Pañales -  
 Condado de Wapello**

**725 W Second St, Estacionamiento de la oficina principal de Sieda**

- Los solicitantes deben completar este formulario cada mes para poder ser elegibles y recoger pañales para ese mes.
- Los solicitantes deben tener un nivel de ingresos por debajo del 200% del Nivel Federal para ser elegibles.
- Solo el padre o tutor legal puede solicitar pañales.
- Sieda no puede atender solicitudes de ciertas marcas de pañales como Pull-Ups. Los pañales tamaño recién nacido a 6 estarán disponibles.
- Los pañales que se distribuyen pueden no satisfacer todas sus necesidades de pañales, este programa está destinado para solo ser suplementario.

PERSONA QUE VA A COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Los últimos 4 de SSN \_\_\_\_\_
2. ¿HA SOLICITADO/RECIBIDO PAÑALES DE SIEDA ANTES? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO
3. ¿HA SOLICITADO O PARTICIPADO EN ALGÚN PROGRAMA EN SIEDA? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO
4. INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$ \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE O COMPLETE PARA CADA NIÑO QUE ESTÁ BUSCANDO ASISTENCIA PARA  
 PAÑALES**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	TALLA DE PAÑAL

¿Preguntas? Llame al 641-682-8741 o envíe un correo electrónico [jhuber@sieda.org](mailto:jhuber@sieda.org)



Gracias por elegir a Sieda Community Action. Su contribución es muy importante para nosotros. Tómese unos momentos y complete la siguiente encuesta. Esta encuesta nos ayudará a comprender la necesidad de más pañales por parte de las familias, así como a planificar la asistencia futura en esta área.

**1. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE ESTÁ BUSCANDO AYUDA CON LOS PAÑALES?**

**2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ESTÁ CAMBIANDO LOS PAÑALES DE SU NIÑO/NIÑOS?**

- Una vez al día
- Dos veces al día
- Entre 3-5 veces al día
- Más de 5 veces al día

**3. ¿LOS NIÑOS QUE USAN LOS PAÑALES VAN A LA GUARDERÍA? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO**

- Si marcó SI, ¿la guardería requiere que lleve pañales para sus niños? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO
  - ¿Cuántos pañales se requieren llevar? \_\_\_\_\_
- ¿PODRÍA ENVIAR A SU HIJO A LA GUARDERÍA SIN PAÑALES?? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO

**4. ¿SIENTE QUE NO TIENE SUFICIENTES PAÑALES PARA CAMBIAR A SU HIJO/NIÑOS CON LA FRECUENCIA QUE LE GUSTARÍA/ADECUADA? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO**

**5. ¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE SU HIJO UNA ROZADURA/IRRITACIÓN POR EL PAÑAL?**

- SIEMPRE  SEMANALMENTE  UNA VEZ EN CUANDO  NUNCA
- ¿Puede tratar la irritación del pañal sin medicamentos? \_\_\_\_SÍ \_\_\_\_NO
- Si no, ¿qué hace para recibir tratamiento?

**6. ¿QUÉ HACE USTED CUANDO NO TIENE SUFICIENTES PAÑALES? Por favor seleccione todas las respuestas válidas:**

- Pide prestado pañales de amigos/familiares
- Participa en otros programas o eventos que brindan pañales
- Cambia a su hijo/a con menos frecuencia
- Trata de llevar al niño/a al baño para que use el inodoro
- OTRO (Por favor explique):

**7. POR FAVOR DÍGANOS CÓMO PIENSA QUE ESTE SUMINISTRO DE PAÑALES LE ESTÁ IMPACTANDO HOY.**

- Puedo enviar a mi hijo a la guardería
- Puedo usar mi dinero para pagar otros gastos en lugar de pañales
- Puedo cambiar a mi hijo/hijos con la frecuencia que necesite
- Puedo prevenir la dermatitis/irritaciones del pañal que puede provocar infecciones

**8. POR FAVOR DÍGANOS SI LAS SIGUIENTES DECLARACIONES SE APLICAN A USTED: AL RECIBIR ESTOS PAÑALES ME SENTIRÉ:**

- Menos estresado
- Menos frustrado
- Menos avergonzado
- Menos preocupado por una infección

**Al recibir estos pañales, creo que mi hijo:**

- Se sentirá más cómodo
- Llorará menos
- No tendrá rozadura/dermatitis/irritación del pañal/otras infecciones de la piel
- Tendrá mejor movilidad al gatear y/o caminar

**¿ESTARÍA DISPUESTO A PARTICIPAR EN UNA CONVERSACIÓN COMUNITARIA SOBRE LA NECESIDAD CONTINUA DE PAÑALES EN NUESTRA COMUNIDAD?**

En caso afirmativo, complete su información de contacto a continuación:

Nombre; \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde se le puede localizar: \_\_\_\_\_

¿Es este su número personal o un número de mensaje? \_\_\_\_\_

¿Prefiere que lo contactemos por teléfono o mensaje de texto? \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

# SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

POR FAVOR USE UN LAPICERO CON TINTA NEGRA O AZUL PARA COMPLETAR.

¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA RELACIONADO CON UN EMPLEADO DE SIEDA COMMUNITY ACTION?

**1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_ CONDADO  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE CORREO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 (si es diferente a la primera dirección) \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR \_\_\_\_\_ NÚMERO CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)**

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO  (circule uno)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD  (circule uno)	ASEGURANZA MEDICA	NO, O DE ORI	RAZA	ESTADO MILITAR  (circule uno)	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
2			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
3			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
4			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
5			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
6			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
7			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
8			MASCULINO FEMENINO OTRO		FÍSICA MENTAL AMBOS NINGUNO		SI  NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano \_\_\_\_\_ Fuera del hogar \_\_\_\_\_ Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje \_\_\_\_\_

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD	ASEGURANZA MEDICA	RAZA	ESTADO MILITAR	NIVEL DE EDUCACION	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
<input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> No hay parentesco	<input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> No hay parentesco	• Formato de datos: 99 / 99 / 99	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	• Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 999999999 99 (11 numeros)	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Ambos (físico y mental) <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de aseguranza del estado para menores <input type="checkbox"/> Aseguranza del estado para adultos <input type="checkbox"/> Aseguranza militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Por medio del empleo <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-raza	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> 0-8º grado <input type="checkbox"/> 9º a 12º grado/no graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria (o equivalente al diploma) <input type="checkbox"/> 12º grado o más escuela post secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad (2 - 4 años) <input type="checkbox"/> Graduado de otra escuela post secundaria	<input type="checkbox"/> Empleado (tiempo completo) <input type="checkbox"/> Empleado (medio tiempo) <input type="checkbox"/> Migrante trabajador temporal del campo <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado

# SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

**3. TIPO DE HOGAR (marque una)**

PERSONA SOLTERA     
  FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA     
  HOGAR CON AMBOS PADRES     
  HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES  
 DOS ADULTOS SIN HIJOS     
  FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA     
  ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS     
  OTRO: \_\_\_\_\_

**4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR**  
(marque todas las que apliquen)

*Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud.  
Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.  
Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.*

<input type="checkbox"/> INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)	<input type="checkbox"/> SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)	<input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> CONTRIBUCIONES EN EFECTIVO DE LA FAMILIA O AMIGOS
<input type="checkbox"/> INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS	<input type="checkbox"/> SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES	<input type="checkbox"/> PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN
<input type="checkbox"/> INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS	<input type="checkbox"/> SEGURO DE DESEMPLEO	<input type="checkbox"/> ASISTENCIA GENERAL DE SOCORRO <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
<input type="checkbox"/> PENSIÓN	<input type="checkbox"/> PENSIÓN DE DISCAPASIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS	<input type="checkbox"/> ASISTENCIA DE TANF/FIP	<input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> NO HAY INGRESOS

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$15,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)?  SI  NO      ¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año?  SI  NO

**5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR**  
(marque todos las que apliquen)

<input type="checkbox"/> SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)	<input type="checkbox"/> HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)	<input type="checkbox"/> HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)
<input type="checkbox"/> WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)	<input type="checkbox"/> VIVIENDA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS
<input type="checkbox"/> LIHEAP	<input type="checkbox"/> VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE	<input type="checkbox"/> SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACESIBLE <input type="checkbox"/> OTRO: _____

**6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)**

PROPIA     ALQUILER     OTRA VIVIENDA PERMANENTE     SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda? \_\_\_\_\_  OTRO: \_\_\_\_\_

Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?  SI  NO      ¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$ \_\_\_\_\_

Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler?  SI  NO

Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?  SI  NO

**7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)**

CASA     CASA MOBIL     ALQUILO UNA HABITACIÓN     UNIDAD DE 2, 3, O 4 VIVIENDAS     UNIDAD DE 5 O MÁS VIVIENDAS     OTRO: \_\_\_\_\_

**9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)**

GAS NATURAL     ELECTRICIDAD     GAS PROPANO     ACEITE COMBUSTIBLE     MADERA/CARBÓN/MAÍZ     OTRO: \_\_\_\_\_

¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (20% o menos)?  SI  NO

**10. CALEFACCIÓN DEL HOGAR Y COMPAÑÍAS ELÉCTRICAS**

¿Tiene un aviso de desconexión?  SI  NO

¿Está actualmente desconectado su servicio?  SI  NO

**Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.**

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera. Doy permiso a la agencia que procesa esta solicitud para adquirir información adicional y compartir información con otras organizaciones con el propósito de proveer servicios para ayudar a mi hogar. Este intercambio de información debe llevarse a cabo con el máximo respeto a la confidencialidad de la información contenida en esta solicitud.

Por este medio solicito al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) y/o al Programa de Asistencia para Climatización. Además certifico lo siguiente: declaro que soy la única persona en el hogar que solicitara este programa(s). Entiendo que esta información se utilizará, según sea necesaria, en la determinación de elegibilidad para otros programas de la agencia o servicios. Cualquier declaración falsa e intencional en este formulario está sujeta a una sanción de la ley. Aseguro que cualquier pago de la energía LIHEAP recibido se utilizará únicamente para los gastos de energía en el hogar. Entiendo que al firmar (ya sea en forma escrita o electrónica) esta solicitud, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esta solicitud no garantiza ningún trabajo de climatización realizado en mi casa.

Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y a la agencia que procesa esta solicitud para obtener información adicional de mi proveedor de energía sobre el uso de la energía y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para que le dé información sobre la solicitud a mi proveedor de energía y para proporcionar detalles sobre mi cuenta y uso de energía al LIHEAP y el Programa de Asistencia de Climatización.

Entiendo esta declaración.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA