

ALL SAINTS INTERFAITH CENTER OF CONCERN SOLICITUD PARA ASISTENCIA

POR FAVOR ESCRIBA todas las respuestas. No se considerarán las solicitudes incompletas. La información falsa descalificará la aplicación. La solicitud de asistencia financiera se revisará los Martes. Recibirá una llamada a las 3:00 PM de ese día --PERO SÓLO SI PODEMOS AYUDARLE. No podemos garantizar la financiación.

Fecha _____ ¿Ha solicitado asistencia con nosotros antes? Si No ¿Si sí, cuándo? _____
 ¿Qué ayuda está solicitando hoy? _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Nombre de Soltera _____ Otros nombres que ha utilizado _____
 Telefono _____ 2do Teléfono si no podemos comunicarnos _____
 con usted en el primero.

DEBE RESPONDER
 Codigo Postal _____

Su dirección _____ Ciudad _____
 ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____ Si es menor de 5 años, dirección anterior: _____
 Estado civil Casado Soltero Separado Divorciado Viudo Common Law
 Casa Propia/Compra Renta Vivienda pública o Section 8 Refugio de abuso doméstico

DEBE RESPONDER Vive con otros Programa de Recuperación Residencial / Rehabilitación Sin Hogar

MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYÉNDOSE USTED MISMO (Enumere a todas las personas que viven en el hogar, -INCLUSO AQUELLOS QUE NO ESTÁN RELACIONADOS CON USTED)

DEBE RESPONDER
 →

¿De dónde viene el Dinero de cada Persona?
 Trabajo? SSI?
 SS Disability?
 TANF?
 Jubilación?

LISTA USTED PRIMERO Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	DEBE RESPONDER	Ultimos 4 digitos S.Social	DEBE RESPONDER	DEBE RESPONDER
			Edad actual		Genero (Sexo)	Ingreso Mensual \$
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

INGRESO TOTAL PARA TODOS EN EL HOGAR \$ _____

DEBE RESPONDER

¿Usted o alguien que vive con usted recibe cupones de alimentos? (SNAP) Si No Si no, ¿ha solicitado? Si No
 Si recibe cupones alimentos (SNAP), ¿cuánto \$ _____ / mensual y que día del mes lo recibe? _____

¿Es usted o alguien en su hogar veterano militar? Si No Si es si, ¿qué edad tienen los veteranos? _____
 ¿Alguien en su hogar va a aplicar por discapacidad? Si No Si es si, liste sus edades _____
 ¿Todos los miembros del hogar son ciudadanos Si No Si no, enumere las EDADES de los ciudadanos No-Estadounidenses estadounidenses? _____

¿Ha solicitado pensión alimenticia? Si No ¿Alguien en casa recibe Medicaid? Si No
 ¿Alguien en casa recibe WIC? Si No Alguien en el hogar recibe asistencia de servicios públicos? Si No

Por la presente declaro que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender y que All Saints Interfaith Center of Concern tiene mi permiso para obtener y divulgar cualquier información relacionada con mi solicitud que considere necesaria en sus esfuerzos por brindar asistencia. Entiendo que esto incluye compartir esta información con un sistema de seguimiento de caridad compartido llamado Charity Tracker Assistance Network. Esta información se comparte para ayudar a varias agencias de servicios sociales a coordinar mejor la asistencia al cliente. Entiendo que el Center of Concern no tiene la obligación de brindarme asistencia.

Firma _____ Fecha _____
 POR FAVOR MARQUE OTROS SERVICIOS QUE LE AYUDARÍAN A SU HOGAR
 Ingles como segundo lenguaje Educación sobre Medicare Asistencia de preparación para el empleo
 Educación nutricional Otro _____

Por favor complete la página de atrás →

INFORMACION DE EMPLEO

Donde trabajas? _____ Titulo Profesional _____
 Cuanto tiempo? _____ Pago por hora \$ _____/hr Le pagan : Semanal Cada 2 semanas Mensual
 Horas por semana _____ Ciudad del Empleador _____ Estado _____ Teléfono _____
 Si no está trabajando, ¿por qué? _____
 Fecha de finalización del último empleo _____
 Empleador anterior _____ Titulo Profesional _____
 Pago por hora \$ _____/hr Horas por semana _____ Ciudad del empleador _____ Estado _____

TUS GASTOS

Enumere todo el dinero adeudado a empresas de servicios públicos, acreedores y otros.
 Coloque una X si no debe en una categoría.

CONTRAÍDA CON	PAGO PROMEDIO MENSUAL
Arrendador/Hipoteca	_____
Renta de Lote (Casa Móvil)	_____
Compañía de Luz	_____
Compañía de Gas	_____
Compañía de Agua	_____
Compañía de Auto	_____
Seguro de Auto	_____
Gasolina Automotriz	_____
Teléfono – Celular	_____
Teléfono – Casa	_____
Cable/Satelite	_____
Internet	_____
Alcantarillado/Basura	_____
Empresa de Muebles	_____
Seguro de Vida	_____
Seguro de Salud	_____
Honorarios Legales	_____
Compañía de Tarjeta de Crédito	_____
Atención Médica	_____
Cuidado de niños	_____
Manutención de hijos (usted paga).....	_____
Préstamos	_____
Bancarrotas	_____
Otros Gastos	_____

Si está solicitando nuestra ayuda para pagar una factura de servicios públicos, renta, prescripción, u otra necesidad financiera, por favor complete esta parte

¿Cuánto debe en la factura por la que necesita ayuda? \$ _____

¿Cuanto puede usted pagar? \$ _____

Cantidad total solicitada a nosotros \$ _____

¿Qué pasó que no puedes pagarlo todo?
 Se específico.

SÓLO PARA USO DE OFICINA
