



REQUIRED DOCUMENT LIST BELOW

Must Be Grand Prairie Resident. **NO** incomplete applications can be accepted. All financial assistance is subject to funding availability at the time of application and is on a first come basis/first serve basis.

Name: _____

County: _____

Before we can assist, we MUST have hardcopies of the following documentation. The process takes between 5 -15 business days before a check is sent to the provider.

Signature: _____

Date: _____

Identification Required:

_____ Photo ID (Required for all household members (18 and over))

_____ Social Security Cards (for ALL household members)

Proof of Income for ALL household members for the last 60 days: (All that apply)

_____ ALL Pay Check Stubs for Last 60 Days

_____ Pension/Retirement/VA Benefits

_____ Social Security/RSDI/SSI Award Letter

_____ Unemployment Benefits Weekly Payment (www.twc.state.tx.us)

_____ Child Support Documentation or **Affidavit**

_____ Affidavit of Non Employment/No Income (**2 Months of Bank Statements Required**)

_____ SNAP (Food Stamp) / TANF Letter (www.yourtexasbenefits.com, **ALL pages**)

Proof of Residence:

_____ Signed Lease / Mortgage Statement / Property Tax Statement (**Rent Assistance Form Required**)

Monthly Rent Amount \$ _____

-OR-

_____ Section 8 Housing Assistance Letter

Original Bill:

_____ Electricity for \$ _____

_____ Grand Prairie Water for \$ _____ (**Release Required**)

_____ Gas for \$ _____



Grand Prairie United Charities Client Intake Application

Personal Information

Name: _____
 Sex: _____ Age: _____ DOB: _____
 SSN: (optional) _____
 Driver's License/ID#: _____
 Phone Number: _____

Address: _____
 City: _____
 Zip Code: _____
 County: _____

Marital Status (Circle one): Single Married Separated Divorced Widow

Rent Home: Y or N Buying/Own Home: Y or N

Other agencies where you have applied for or gotten assistance: _____

Service you are applying for today: _____

Check One: White _____ Asian & White _____ Native Hawaiian/Other Pacific Islander _____
 Black/African American _____ American Indian/Alaskan Native _____ Mixed/Other _____

Check One: Hispanic _____ Not Hispanic _____

Circle All That Apply: Disabled Y or N Female Head of Household Y or N U.S. Veteran Y or N

Household Income

If you are applying for financial assistance, you MUST provide proof of ALL income for the past 60 days for the entire household.

What is the total estimated *annual* income for **ALL** adult members of the household? _____

Does anyone in the household receive any of the following? Check all that apply. (Documentation Required)

SNAP (Food Stamps) TANF Social Security RSDI/SSI (Disability) Child Support Section 8

All Household Members

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Name: _____ | Relationship: _____ | Current Income: _____ |
| Date of Birth: _____ | Sex: _____ Age: _____ | SSN: _____ |
| Name: _____ | Relationship: _____ | Current Income: _____ |
| Date of Birth: _____ | Sex: _____ Age: _____ | SSN: _____ |
| Name: _____ | Relationship: _____ | Current Income: _____ |
| Date of Birth: _____ | Sex: _____ Age: _____ | SSN: _____ |
| Name: _____ | Relationship: _____ | Current Income: _____ |
| Date of Birth: _____ | Sex: _____ Age: _____ | SSN: _____ |

It is against the law to falsify statements in order to obtain service

I affirm that the above information is true and give my consent to Grand Prairie United Charities to verify this information through the Social Security Administration, Texas Workforce Commission, and other agencies whose documents I have presented to GPUC, so that I may receive services. Furthermore, GPUC is held harmless for services rendered.

Signed: _____

Date: _____

Grand Prairie United Charities operates in accordance with Federal Civil Rights Laws and U.S. Department of Agriculture (USDA) Civil Rights Regulations and Policies. The USDA, its Agencies, Offices, Employees, and Institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on Race, Color, National Origin, Sex, Disability, Age, or Reprisal or Retaliation for prior Civil Rights Activity in any program conducted or funded by the USDA.



Aplicación de cliente

Información Personal

| | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre: _____ | Dirección: _____ | Estado Civil (Circule uno): |
| Sexo: _____ Edad: _____ | Ciudad: _____ | Soltero(a) Casado(a) |
| Fecha de Nacimiento: _____ | Código Postal: _____ | Separado(a) Divorciado(a) |
| SSN: (opcional) _____ | Condado: _____ | Rentando: SI o NO |
| Licencia De Manejar /ID#: _____ | Número Telefónico: _____ | Comprando: SI o NO |

Otras agencias en las que ha solicitado o recibido asistencia: _____
 Servicio que está solicitando hoy: _____

Marque todo lo que aplica:

Blanco____ Asiático & Blanco____ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico ____ Africano Americano____
 Africano Americano & Blanco____ Indio Americano/Nativo De Alaska ____ Indio Americano/Nativo De Alaska &
 /Africano Americano ____ Hispano____ Otro_____

Discapacitado SI o NO Jefa de Hogar Femenina Si o No U.S. Veterano Si o No

Ingresos del hogar

Si está solicitando asistencia financiera, DEBE proporcionar una prueba de TODOS los ingresos de los últimos 60 días.

¿Cuál es el ingreso **anual total** para TODOS los miembros adultos del hogar? _____

¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda. (**Documentación Requerida**)

- SNAP (Estampillas de Comida) TANF Seguro Social RSDI/SSI (Discapacidad)
 Manutención infantil Sección 8

Todos los miembros del hogar

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Ingreso Actual: _____ |
| Fecha De Nacimiento: _____ | Sexo: _____ Edad: _____ | SSN: _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Ingreso Actual: _____ |
| Fecha De Nacimiento: _____ | Sexo: _____ Edad: _____ | SSN: _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Ingreso Actual: _____ |
| Fecha De Nacimiento: _____ | Sexo: _____ Edad: _____ | SSN: _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Ingreso Actual: _____ |
| Fecha De Nacimiento: _____ | Sexo: _____ Edad: _____ | SSN: _____ |
| Nombre: _____ | Relación: _____ | Ingreso Actual: _____ |
| Fecha De Nacimiento: _____ | Sexo: _____ Edad: _____ | SSN: _____ |

Es contra la ley falsificar declaraciones para obtener servicios.

Yo _____, afirmo que la información anterior es verdadera y doy mi consentimiento a Grand Prairie United Charities para verificar esta información a través de la Administración del Seguro Social, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas y otras agencias cuyos documentos he presentado a GPUC, para que pueda recibir servicios.

Firma: _____

Fecha: _____

Grand Prairie United Charities opera de acuerdo con las Leyes Federales de Derechos Civiles y las Regulaciones y Políticas de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El USDA, sus Agencias, Oficinas, Empleados e Instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar basado en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por la actividad previa de derechos civiles en cualquier programa realizado o financiado por el USDA.



Grand Prairie United Charities

AFFIDAVIT OF NON-EMPLOYMENT/NO INCOME

Applicant #1 Name _____

Instructions: All members (age 18 and older) of household applying for assistance are required to provide verification of ALL income received. If any member of the applicant household, including the head of household, who claims no income, must read the following statement and complete the form below with all necessary information and signature(s).

I, _____ am not employed at this time and do not have a personal continuing source of income. I have been unemployed from (dates) _____ to _____.

I UNDERSTAND THAT, IN THE CASE OF ANY MIS-STATEMENTS OF "no income", I may be liable for the full value of the financial assistance received.

Signature

Date

Social Security #

.....
Name of Second Household Member _____

Instructions: All members (age 18 and older) of household applying for assistance are required to provide verification of ALL income received. If any member of the applicant household, including the head of household, who claims no income, must read the following statement and complete the form below with all necessary information and signature(s).

I, _____ am not employed at this time and do not have a personal continuing source of income. I have been unemployed from (dates) _____ to _____.

I UNDERSTAND THAT, IN THE CASE OF ANY MIS-STATEMENTS OF "no income", I may be liable for the full value of the financial assistance received.

Signature

Date

Social Security #

WARNING: Section 1001 of Title 18 of the U. S. Code makes it a criminal offense to make willful statements of misrepresentation to any Department or Agency of the United States Government as to any matter within its' jurisdiction.



Grand Prairie United Charities

DECLARACIÓN JURADA DE NO EMPLEO/SIN INGRESOS

Solicitante #1 Nombre _____

Instrucciones: Todos los miembros (mayores de 18 años) en el hogar que soliciten asistencia están obligados a proporcionar la verificación de **TODOS los ingresos recibidos**. Si algún miembro del hogar solicitante, incluido el jefe de familia, que no reclama ingresos, debe leer la siguiente declaración y completar el siguiente formulario con toda la información y firma(s) necesarias.

Yo, _____ no estoy empleado en este momento y no tengo una fuente personal continua de ingresos. He estado desempleado desde (fechas) _____ a _____.

ENTIENDO QUE, EN CASO DE CUALQUIER DECLARACION ERRONEA DE "no ingresos", puedo ser **responsable por el valor total** de la asistencia financiera recibida.

Firma

Fecha

Seguro Social

.....
Nombre Del Segundo Miembro del Hogar _____

Instrucciones: Todos los miembros (mayores de 18 años) en el hogar que soliciten asistencia están obligados a proporcionar la verificación de **TODOS los ingresos recibidos**. Si algún miembro del hogar solicitante, incluido el jefe de familia, que no reclama ingresos, debe leer la siguiente declaración y completar el siguiente formulario con toda la información y firma(s) necesarias.

Yo, _____ no estoy empleado en este momento y no tengo una fuente personal continua de ingresos. He estado desempleado desde (fechas) _____ a _____.

ENTIENDO QUE, EN CASO DE CUALQUIER DECLARACION ERRONEA DE "no ingresos", puedo ser **responsable por el valor total** de la asistencia financiera recibida.

Firma

Fecha

Seguro Social