

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

Un programa de Ginger's Closet & Forks Disaster Relief

Por favor imprimir. Se puede solicitar verificación de ingresos y/o necesidad.

La información personal se solicita únicamente para nuestros registros y no se compartirá ni venderá.

Se solicita información demográfica para ayudarnos a comprender a quién servimos. Abierto a residentes del West End.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ENVIO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

AÑO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ETNIA/RAZA \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES (ENCIERRA TODO LO QUE CORRESPONDA):

CUPONES PARA COMIDA · AYUDA PARA VETERANOS · TANF

HEAD START · WIC · MEDICAID (WA APPLE HEALTH)

SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)

SI NO MARCÓ CON UN CÍRCULO ALGUNO DE LOS ANTERIORES, INDIQUE EL INGRESO MENSUAL BRUTO TOTAL DE SU HOGAR \_\_\_\_\_ FUENTES \_\_\_\_\_

GASTOS (estimados):  
ALQUILER \_\_\_\_\_ COMIDA \_\_\_\_\_ UTILIDADES \_\_\_\_\_ MÉDICO \_\_\_\_\_

¿CANTIDAD DE AYUDA ECONÓMICA QUE ESTÁS SOLICITANDO? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES LA NATURALEZA DE SU NECESIDAD FINANCIERA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA (MM/DD/AÑO) \_\_\_\_\_