



Pending \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ASISTENCIA**

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Información Del Solicitante			
Nombre:		MI:	Apellido:
Domicilio Actual:			Apt #:
Ciudad:		Código postal:	Correo electrónico:
Teléfono de casa:	Teléfono de celular:	Teléfono de trabajo:	Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>
Domicilio Anterior:			
Domicilio Anterior:			
soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento:	femenino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/>
Licencia de manejo #:	Estado:	Etnia:	
Empleador:	Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/>	Alias/Nombre de soltera:	
Iglesia:	Más alto nivel de la educación logra: Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> graduado de la Universidad <input type="checkbox"/>		
Otros Adultos Y Niños En Casa			
Nombre	Relación	SSN/Tax ID #	Fecha de nacimiento
Asistencia			
Referido por:			Remisión escrita: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recibes estampillas para comida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es si, cuanto \$			
Cuál es la crisis o causa para que apliques para asistencia financiero? <input type="checkbox"/> Disminución en los ingresos: _____ <input type="checkbox"/> Gasto necesario inesperado: _____			
En que necesita ayuda?			
Usted o un miembro del hogar ha solicitado servicio de nosotros antes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Cuando?
Que asistencia fue dada?			

*Por favor llena la forma de enfrente y de atrás.*

Ingreso mensual del hogar			
Salario	\$	Seguro social (ingresos)	\$
Cónyuge/Otro Pago	\$	SSI/Discapacidad	\$
Compensación de desempleo	\$	Primer trabajo	\$
Compensación Para trabajadores	\$	Estampillas de comida	\$
Sostenimiento de niños/pensión femenina alimenticia	\$	Otro ingreso	\$
Gastos Mensuales			
Renta	\$	Comida	\$
Agua	\$	Aseguranza medica	\$
Cuidado de niños	\$	Otros gastos médicos	\$
Sostenimiento de niños	\$	Pago de carro #1	\$
Electricidad	\$	Pago de carro #2	\$
gas	\$	Aseguranza de carro	\$
TV	\$	Gasolina	\$
Internet	\$	Otros gastos de trasportación	\$
Teléfono	\$	Pagos de tarjetas de crédito	\$
Educación	\$	Otros gastos	\$
Ropas	\$		\$
Mascotas	\$		\$
Regalos	\$		

Yo entiendo que la misión de Dorcas **Ministries es para ayudar** a familias e individuos en crisis. Esta asistencia de emergencia no tiene la intención de ser un suplemento de ingresos o ser proporcionada en una base regular. Firmando esta forma, Doy a Dorcas Ministries permiso para contactar a quien sea necesario para verificar mi necesidad, tomando una decisión responsable en cuanto a asistencia para mi hogar, y a buscar más recursos con respecto a mi solicitud. Este permiso incluye pero no se limita a Terratenientes, compañías hipotecarias, utilidad u otros proveedores de servicios, proveedores de servicios médicos y farmacias. También entiendo que la información que proporcione se utilizara para verificar mi necesidad, negociar en mi nombre y para ayudar a mi familia u otras agencias asistiendo a mi familia. Mi firma en este formulario indica que toda la información que he dado a Dorcas Ministries es precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento. **Entiendo que si yo he dado información falsa de mi hogar se me impedirá recibir cualquier asistencia futura de Dorcas Ministries. Asimismo el incidente puede ser compartido con otras organizaciones.**

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha

**For Office Use Only**

Date \_\_\_\_\_

Counselor Initials \_\_\_\_\_

**Food**  Yes  No # of Bags \_\_\_\_\_

Referred to \_\_\_\_\_

**Assistance Awarded**  Pledge \$ \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

Promissory Note \$ \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**Follow-up needed now:** \_\_\_\_\_

**Counselor Comments:**

