

VISTO

APLICACION PARA ASISTENCIA



FECHA _____

IMPRIMA BIEN

NOMBRE				EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA
DIRECCIÓN		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	ZIP	CUANTO TIEMPO
DIRECCIÓN ANTERIOR		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	ZIP	TEL DE CASA
EMPLEADO POR			CUÁNTO TIEMPO	TEL	TEL CELULAR	
NO. LICENCIA DE MANEJAR		TIPO DE VEHICULO	FAMILIAR MAS CERCA			CORREO ELECTRONICO
ESPOSO/A EMPLEADO POR					EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
ESPOSO/A EMPLEADO POR				POR CUÁNTO TIEMPO	TEL	

PERSONAS, LOS QUE VIVEN CON USTED AUNQUE NO SEAN FAMILIARES

NOMBRE	PARENTEL	EDAD	SEXO	CASADO	ESCUELA	TRABAJO	SEGURO SOCIAL #.
	SELF						

LISTA DE SALARIO DE TODOS EN LA CASA:

SALARIOS:	ESTAMPILLAS DE COMIDA:	TANF/SSI:
DISABILIDAD:	SEGURO SOCIAL:	DESEMPLEO:
MANUTENCION:	COMPENSACIÓN DE TRABAJO:	OTRO:

GASTOS POR MES:

RENTA:	COMIDA:	AUTO:	ASEGURANZA:	INTERNET:
ELECTRICIDAD/GAS :	AGUA:	TEL:	CABLE:	OTRO:

Certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi mejor conocimiento. Autorizo que se realicen consultas para verificar las declaraciones anteriores. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos y a otras agencias a divulgar información pertinente sobre mi caso. Entiendo que la información sobre mi caso estará disponible para los miembros del sistema de seguimiento del condado de Cooke.

Además, entiendo que cualquier falsificación de información dada en la solicitud o durante el proceso de entrevista es motivo de denegación de asistencia.

FIRMA DEL CLIENTE: _____