



Entrada del cliente

Actualizado (updated) 8/25/2020 MM

Fecha _____
Municipio _____
Condado _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Número de personas en el hogar _____ Propio _____ Renta _____ Sin hogar _____ Otras _____

Nombres y fecha de nacimiento del hogar _____

Fuentes de ingresos <small>(Horas de empleo/semana, Desempleo del trabajador, TANF, WIC, manutención de los hijos, Discapacidad o pensión de los Asuntos de los Veteranos, Discapacidad, Pensión)</small>	Mensual	Gastos	Mensual
	\$	Alojamiento	\$
	\$	Utilidades	\$
	\$	Otros	\$
TOTAL	\$	TOTAL	\$

¿Qué asistencia está buscando en este momento? (marque todo lo que corresponda) _____Asesoramiento y gestión de casos
 _____ Comida _____ Ropa _____ Medicamento (copia de la receta) _____ Vacunas para niños _____ Gas (copia de la razón)
 _____ Alquiler (copia del acuerdo) _____ Utilidades (copia de la factura) _____ Buscando Trabajo _____ Educación financiera

¿COVID relacionado? _____

Explique el razonamiento y la cantidad necesaria: _____

¿Le ha preguntado a su administrados local del municipio? S N ¿Cuál es el resultado? _____

¿Dónde más has pedido ayuda y resultado? _____

¿A quién le hacemos el cheque? Nombre _____

_____ ¿Recoger cuando? _____ ¿Dirección o Teléfono para pagar la factura _____

A firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera, completa y precisa. Firma _____ Fecha _____

OFFICE ONLY			
Received a Copy of DL/ID _____	Documentation _____	Check # _____	Called _____
Result _____	Grant Funding Source: _____	Entered (Initials) _____	