

Aplicación para asistencia 2014-2015

Fecha: _____

Información de solicitante:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Apellido de soltera: _____

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Años en la dirección: _____

Estado marital: casado/a soltero/a divorciado/a viudo/a separados matrimonio de hecho viven juntos

¿Tiene un referral? Sí No ¿de quien? _____

Origen étnico (marque uno)

Hispano No Hispano

C. Raza (Marque todas que aplican)

raza blanca Negro Americano

asiático/a Indio

Otra _____

Miembros individuales de la casa: (Por favor escriba todas las personas que viven en la casa, incluido usted)

Relación A usted	Nombre y edad:	La fecha del nacimiento	Ciudadano De EEUU	Vet-erano	Numero de licencia de conducir o numero del ID del estado	Sexo	Raza	Seguros Médicos	El grado completado Más alto	Incapaz? M or P
1. Usted										
2.										
3.										
4.										
5.										

Información de la casa:	Sección 8:
<input type="checkbox"/> Arrendar: Dueño: _____ Numero de teléfono: _____ Nombre en el contrato de arrendamiento _____ <input type="checkbox"/> Poseer: <input type="checkbox"/> Casa-pago \$ _____ <input type="checkbox"/> Habitación móvil: arrendamiento \$: _____ paga: \$ _____ <input type="checkbox"/> Asilo/residencia transicional _____ <input type="checkbox"/> vivir con alguien: _____ <input type="checkbox"/> sin casa Nombre de lugar _____ Nombre de persona _____ ¿Busca asistencia hoy alguien más en su casa? <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No Nombre de la persona _____	¿Recibe usted asistencia de sección 8? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Arrendamiento total: \$ _____ Su parte: \$ _____ Cargareme de empresa de servicio público: \$ _____

Información de transportación: (Incluye todos los vehículos, coches, camiones, motocicletas, barca)

El tipo, modelo, y años de vehículo	Pago mensual	Cantidad le falta
1.		
2.		

G. Referencias:
(Escriba una referencia personal que no vive en su casa)

Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Numero de teléfono: _____

Se prohíbe discriminación en todos los programas y las actividades de Streams of Water en el base de la raza, el color, el origen nacional, el genero, la religion, la edad, la incapacidad, las creencias políticas, orientación sexual, y el estado marital o familiar.

Input Date: _____

Assistance Given: _____

Caseworker: _____

Todos los Ingresos mensuales: (Escriba la cantidad de ingreso para cada persona en la casa)					ASISTENCIA MÉDICA	
Su Paga: \$ _____	Dueño: _____	Años de empleo: _____			<u>Medicare:</u>	Sí No
Esposo/a: \$ _____	Dueño: _____	Años de empleo: _____			<u>Medicaid:</u>	Sí No
Otro (familia/amigo): \$ _____	TANF: \$ _____	Beneficios de VA: \$ _____			<u>Sooner Care:</u>	Sí No
Desocupación: \$ _____	Vales de comida: \$ _____	Pensión alimenticia: \$ _____			<u>Prescripción:</u>	Sí No
Cheque del estado: \$ _____	Seguridad Social: \$ _____	Otro retiro			<u>Aseguranzas</u>	Sí No
Ingreso de incapacidad: \$ _____	Manutención de niños: \$ _____	o beneficios : \$ _____			<u>privadas</u>	
¿Que día recibe vales de comida? 1° 5° 10°			Ingreso Mensual Total	\$ _____		
NECESIDAD CORRIENTE:			APOYO SOCIAL:		GASTOS MENSUALES	
Comida: _____ Ropa: _____ Pañales: _____ Circunstancias especiales que relacionan a las necesidades: _____ _____ _____			¿ Que iglesia asiste usted normalmente? _____ _____ Nombre de Ministro: _____ ¿ Pidió ayuda de su iglesia u otra organización? __Sí__No Escriba ayuda que ha recibido en 30 días pasados _____		Arrendamiento/hipoteca ..\$ _____ Electricidad\$ _____ Gas\$ _____ Agua/Basura\$ _____ Comida\$ _____ Almuerzos\$ _____ Ropa para lavar.....\$ _____ Paga por los coches\$ _____ Gasolina.....\$ _____ Seguros de los autos\$ _____ Seguros médicos/dental ...\$ _____ Recetas\$ _____ Guardería.....\$ _____ Manutención de niños\$ _____ Celular\$ _____ Teléfono\$ _____ Televisión por cable\$ _____ Servicio de internet.....\$ _____ Películas/juegos.....\$ _____ Cabello/las uñas/tintura ...\$ _____ La ropa\$ _____ Tarjetas de crédito\$ _____ Préstamos/Deuda\$ _____ Membresía de un club\$ _____ Almacenamiento/Renta ...\$ _____ Tobaco.....\$ _____ Alcohol/Drogas\$ _____ Otro\$ _____ Gastos Totales.....\$ _____	
PROGRAMA DE MATERIAS PRIMAS DE OKLAHOMA:			RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE:			
Se requiere cumplir con los requisitos de ingresos. Si usted reciba cualquiera de los beneficios abajo, por favor indique todos que correspondan: ___ Vales de comida ___ WIC ___ Almuerzos reducidos o por gratis Límites de ingresos (1 Julio 2014 — 30 Junio 2015)			Yo, el solicitante, entiendo que ... 1. Proveer información falsa o retener la información terminará en la negación de asistencia 2. Mi firma autoriza la Iglesia de Cristo Alameda a verificar la información en esta aplicación. Es posible que demos la información en esta aplicación a otras agencias para el propósito de comprobación. 3. Yo certifico que mi paga semanal o mensual es la misma o menos que la paga en esta forma para una casa con la misma cantidad de personas que está en mi casa. Además certifico que los miembros de mi casa viven en Oklahoma. Esta forma de certificación es en relación con la receta de asistencia federal. Es posible que los funcionarios del programa verifiquen lo que he certificado ser la verdad. Entiendo que proveer información falsa terminará en el pago al estado por el precio de la comida que se recibió impropriamente y seré sujeto a la prosecución criminal de la ley federal y del estado. Firma del solicitante: _____			
Tamaño De la familia	Ingreso Semanal	Ingreso Mensual				
1	\$416	\$1,800				
2	\$560	\$2,426				
3	\$705	\$3,051				
4	\$849	\$3,677				
5	\$993	\$4,303				
6	\$1,138	\$4,929				
7	\$1,282	\$5,555				
8	\$1,427	\$6,181				
9	\$1,572	\$7,233				
10	\$1,717	\$7,859				