

**Aplicación para asistencia 2017-2018**

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. <b>Usted</b>										
2.										
3.										
4.										
5.										

<b>Información de la casa:</b>	<b>Sección 8:</b>
<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: \$ _____

**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 politicas, orientación sexual, y el estado marital o familiar.

Input Date:

Assistance Given:

Caseworker:

<b>Todos los Ingresos mensuales: (Escriba la cantidad de ingreso para cada persona en la casa)</b>					<b>ASISTENCIA MÉDICA</b>	
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°			<b>Ingreso Mensual Total</b>	\$ _____		
<b>NECESIDAD CORRIENTE:</b>				<b>APOYO SOCIAL:</b>		
Comida: _____ Ropa: _____ Pañales: _____				Escriba ayuda que ha recibido en 30 días pasados		
<b>Circunstancias especiales que relacionan a las necesidades:</b>				_____		
_____				_____		
_____				_____		
_____				_____		
<b>PROGRAMA DE MATERIAS PRIMAS DE OKLAHOMA:</b>				<b>RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE:</b>		
Se requiere cumplir con los requisitos de ingresos. Si usted reciba cualquiera de los beneficios abajo, por favor indique todos que correspondan:				Yo, el solicitante, entiendo que ...		
___ Vales de comida ___ WIC ___ Almuerzos reducidos o por gratis				1. Proveer información falsa o retener la información terminará en la negación de asistencia		
<b>Límites de ingresos</b>				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.		
(1 Julio 2017 — 30 Junio 2018)				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.		
Tamaño De la familia	Ingreso Semanal	Ingreso Mensual				
1	\$430	\$1,860				
2	\$578	\$2,504				
3	\$727	\$3,149				
4	\$876	\$3,793				
5	\$1,024	\$4,437				
6	\$1,173	\$5,082				
7	\$1,322	\$5,726				
8	\$1,471	\$6,371				
9	\$1,620	\$7,016				
10	\$1,769	\$7,661				
				<b>Firma del solicitante:</b> _____		