

# LIGA DE AYUDA MID AMERICA

## HOJA DE SERVICIOS DE AYUDA DE EMERGENCIA

AGENCIA/CODIGO

FECHA DE APLICACION

							/ /				
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TELEFONO	ETNICIDAD	SEXO			
NOMBRE DE LA ESPOSO			SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	APELLIDO DE SOLTERA					
DIRECCION		APT	CIUDAD	CONDADO	ESTADO		¿CUAUNTO TIEMPO?				
# PERSONAS EN LA CASA			CODIGO POSTAL		NIVEL DE EDUCACION OBTENIDO						
					_____ Menos que secundaria _____ Secundaria / diploma _____ Estudios superiores						
<b>MIEMBROS ADICIONALES EN CASA</b>											
PERSONA	#SEGURO	RELACION	F.NAC / EDAD								
1											
2											
3											
4											
					<b>PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE</b> <b>PAGADOR / DIRECCION</b> Recibo de comida # _____ Renta / Hipoteca _____ Contacto de utilidades _____						
					<b>DESCRIPCION DE LA NECESIDAD REQUERIDA</b>						
					<b>PORQUE SE NECESITA LA AYUDA</b> a. Desempleo _____ e. Cambio de domicilio _____ b. Ingreso inadecuado _____ f. Robo _____ c. Enfermedad / Muerte _____ g. Rompimiento familiar _____ d. Desalojamiento _____ h. Sin casa _____						
					<b>DEUDAS PENDIENTES</b> _____ \$ _____ _____ \$ _____						
					<b>FONDOS USADOS</b> Warmth & Light \$ _____ FEMA \$ _____ Dollar Aid \$ _____ JCEAPS \$ _____ Credito Dollar Aid \$ _____ Proyecto warmth \$ _____						
					<b>LIBERTAD DE INFORMACION / ATESTIGUACION</b> Yo certifico que la informacion que he provisto arriba es verdadera y correcta Doy mi permiso de dispensar informacion aqui provista a cualquier agencia de servicios sociales, a Mid America Assistance Coalition y vendedores, ya sea necesaria para completar los servicios en mi hogar, o para proveer estadísticas en asistencia de emergencia, como un seguro contra duplicacion. Por tanto, autorizo a mi proveedor de utilidades y otros vendedores relacionados con mi hogar, a proveedor informacion concierne a mi cuenta de combustible y otros cuentas, segun sea necesario para asegurar el apropiado procedimiento de esta aplicacion.						
<b>PRESUPUESTO</b>											
INGRESO (NETO)		Cantidad por mes	TOTAL								
La cabeza de la familiá	\$	_____									
Esposo (a)	\$	_____									
Otro	\$	_____									
Otro	\$	_____	\$ _____								
GASTOS (ACTUALES)		Cantidad por mes	TOTAL								
Renta / Hipoteca	\$	_____									
Electricidad	\$	_____									
Gas	\$	_____									
Agua	\$	_____									
Telefono	\$	_____									
Medico	\$	_____									
Miscelaneo	\$	_____	\$ _____								
Diferencia entre Ingresos y Gastos			\$ _____								
<b>PRESUPUESTO SUPLEMENTARIO</b>											
Recursos adicionales: Estampillas de Comida \$ _____ LIEAP \$ _____											
Marque lo que aplique: Medicaid _____ W/C _____ Casa Sec8 _____											
Public _____ Hogar _____											
<b>AYUDA DADA HOY</b>											
Comida	\$	_____	Para	_____	Dias	_____	Personas	_____			
Cupones de comida	\$	_____									
Renta	\$	_____	cuenta#	_____							
Utilidades	\$	_____	cuenta#	_____							
Ropa	\$	_____	prendas	_____							
<b>AYUDA TOTAL</b>		\$	_____								
<b>X</b> _____			<b>X</b> _____								
Firma del entrevistador			Fecha			Firma del aplicante			Fecha		