

APPLICATION FOR ASSISTANCE - PEOPLE HELPING PEOPLE

APLICACIÓN DE ASISTENCIA-PEOPLE HELPING PEOPLE

Date _____

Name: <i>Nombre:</i>	Phone Number: <i>Número de Teléfono:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	City, State, Zip Code: <i>Ciudad, Estado, Código Postal:</i>
Social Security Number (last 4 digits) <i>Número de seguro social (últimos 4 dígitos)</i> _ _ _ _	<input type="checkbox"/> No Identification <i>Sin Identificación</i>

Have you experienced a documented loss of income because of COVID-19? Yes No

Please explain: _____

What is your need? ¿Cuál es tu necesidad?

<input type="checkbox"/> Electricity <i>Electricidad</i>	<input type="checkbox"/> Water <i>Agua</i>	<input type="checkbox"/> Eyeglasses <i>Lentes</i>	<input type="checkbox"/> Heating Oil <i>Gas de Casa</i>	<input type="checkbox"/> Medicine <i>Medicina</i>
<input type="checkbox"/> ID/Birth Certificate <i>Identification Certificado de nacimiento</i>	<input type="checkbox"/> Transportation to a medical appointment <i>Transporte a citas médicas</i>	<input type="checkbox"/> Work Shoes <i>Uniforme de Trabajo</i>	Other/ <i>Otra</i> <input type="checkbox"/>	

Total Members of Your Household/Miembros total de tu casa

_____ Adults _____ Children _____ Total			Gender Sexo		Working? ¿Trabajando?		In School? ¿Estudiando?		
#	Full Name <i>Nombre Completo</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Relationship to Applicant <i>Relación con el solicitante</i>	Male <i>Hombre</i>	Female <i>Mujer</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>
1			SELF/YO						
2.									
3									
4.									
5.									
6.									

What Income/Assistance Does Your Household Receive? (Check all that apply)

¿Qué asistencia recibe su hogar? (marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Wages <i>Salario</i>	<input type="checkbox"/> Social Security/SSI/Disability <i>Seguro Social/ Incapacidad</i>	<input type="checkbox"/> Unemployment <i>Desempleo</i>	<input type="checkbox"/> Child Support <i>Manutención de los Hijos</i>	<input type="checkbox"/> Retirement Income <i>Ingresos de Jubilación</i>
--	--	---	---	---

<input type="checkbox"/> TANIF	<input type="checkbox"/> Section 8 or Income Based Housing Sección 8	<input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP) Cupones de Alimentos	<input type="checkbox"/> Help from Family/Friends Ayuda de Familia/Amigos
--------------------------------	---	---	--

Employment History. Historial de Empleo

Are you employed? ¿Esta usted empleado? YES / NO
If YES, where do you work? For how long? -If NO, are there circumstances that prevent you from working? Si sí, ¿dónde trabajan? ¿Por cuánto tiempo? - Si NO, ¿hay circunstancias que le impiden trabajar?

Housing/ Alojamiento

Do you Own or Rent your home? ¿Es dueño o alquila su casa?	<input type="checkbox"/> Rent/Renta	<input type="checkbox"/> Own/Propio	How much is your rent/mortgage per month? ¿Cuánto es su pago de alquiler/hipoteca mensual? \$
---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Marital Status /Estado Civil

<input type="checkbox"/> Single Soltero	<input type="checkbox"/> Married Casado	<input type="checkbox"/> Separated Apartado	<input type="checkbox"/> Divorced Divorciado	<input type="checkbox"/> Widowed Viudo
--	--	--	---	---

Ethnicity/Race (check all that apply)/ Etnicidad/ Raza (marque todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/> Black/ African American Afroamericano	<input type="checkbox"/> White/Caucasion Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asian Asiático	<input type="checkbox"/> Middle Eastern Medio Este	<input type="checkbox"/> No Response/Other Ninguna respuesta/ Otro
---	---	--	--	---	---

Military Service/ Servicio Militar

Are you a veteran of the United States Armed Service? Es usted un veterano de los Estado Unidos?	<input type="checkbox"/> YES/Si	<input type="checkbox"/> NO
---	---------------------------------	-----------------------------

Applicant Certification

I would like to receive assistance for which I am qualified. I certify that the income of all persons in my household (including myself) is accurate. I declare to the best of my knowledge, that I am the only person living in this household (at the address I have listed) who has applied for assistance through People Helping People. I understand that my signature on this form authorizes People Helping People to verify and share as needed any information provided on this form to assure eligibility for assistance.

Me gustaría recibir ayuda para la cual estoy calificado. Yo certifico que los ingresos de todas las personas en mi hogar (incluido yo mismo) es exacta. Declaro, a lo mejor de mi conocimiento, que yo soy la persona que vive solo en esta casa. (en la dirección que he enumerado) que ha solicitado asistencia de People Helping People . Entiendo que mi firma en este formulario autoriza a People Helping People para verificar la información que aparece en este formulario para asegurar la elegibilidad para recibir asistencia.

Applicant Signature/Firma del Solicitante: _____ Date/Fecha: _____

--DO NOT WRITE BELOW-- OFFICE USE ONLY--No Escriba Debajo De Esta—USO DE LA OFICINA

Income	Amount	Date Verified	Initials	Comments
Monthly wages (gross)				
Social Security/SSI/Disability				
Unemployment				
Child Support				
Retirement Funds/Pension				
TANF				
Sect 8/Income-based housing				
Food Stamps (SNAP)				
Help from family/friends				
Total Monthly Income				

Volunteer Signature _____ Date _____