COALICION COMUNITARIA PARA LAS FIESTAS DE FIN DE AÑO 2009

Plazo Final para la Aplicación

23 de Octubre para Acción de Gracias

13 de Noviembre para Navidad

Solo para Fuente de Referencia

Revisado por:_____

Agencia:_____

Aprobado: Si ☐ No ☐

Nombre: _____Número de Seguro Social: _____Teléfono_____

Requerido del Solicitante

Dirección:_____

Calle Ciudad Código Postal

Usted debe completar la aplicación completamente. Aplicaciones incompletas serán negadas.

Ponga en la lista a todos los miembros de la familia que viven con usted:

Apellido	Nombre	Sexo	Edad	Incapacita-do (Si/No)	Relación
					UNO MISMO

Me gustaría ser considerado para:

☐ Solo Acción de Gracias (comida, cuidado personal/artículos de casa)

☐ Solo Navidad (ropa nueva & regalos para niños & ancianos)

☐ Ambas Fiestas

Usted califica para recibir asistencia por las Fiestas de Fin de Año de solo **UNA** organización cada año. Otras organizaciones podrían ser contactadas para evitar duplicados. ***Por favor escriba sus iniciales si entiende:*** _____	**NO SE PERMITEN NIÑOS EN LA TIENDA.** ***Por favor escriba sus iniciales si entiende:*** _____

Yo certifico que la información dada es verdad y correcta. Yo doy permiso a la Coalición Comunitaria para verificar y compartir mis datos personales y confidenciales si es necesario para comprobar la información proveída. **Yo entiendo que si doy información falsa, engañosa, o información incompleta, podría ser descalificado del programa.**

Firma_____ Fecha_____

Si usted tiene un trabajador, por favor ponga su nombre y organización aquí, y

NO COMPLETE el resto de la aplicación.

Nombre:Trabajador/Administrador del Caso _____ Organización_____

Si usted no recibe servicios de otras organizaciones, por favor complete el resto de la aplicación.

USTED DEBE INCLUIR EL INGRESO ECONOMICO DE TODOS EN EL HOGAR.

Ingreso mensual de la familia entera:

INCLUIR ingreso de trabajo, Estampillas de Comida, SSA/SSI, TANF/GR, Sustento de los niños, Desempleo, o cualquier otro ingreso.

INGRESO TOTAL: $ _____

Por favor ponga en estas líneas cualquier circunstancia especial:

_____

_____

Completar esta forma no significa que usted va a recibir regalos y/o comida de la Coalición Comunitaria.

Regresar la aplicación a:

Loudoun County Department of Family Services
102 Heritage Way, NE, Suite 103
Leesburg, VA 20176