

Solicitud de asistencia de los Conadados de Minnehaha y Lincoln

Necesitas un interprete? En que idioma _____

Que tipo(s) de ayuda necesitas? (indica con un circulo)

Renta Deposito Servicios Medicamento Equipo Medico Boletos de autobus Identificacion Certificado de Nacimiento

Otro _____

***Por favor complete la siguiente información para **TODAS** las personas en su hogar. Si necesita más espacio, utilice una segunda aplicación. ***

Relación Con el solicitante	Nombre Y Número Seguridad Social Nombre Completo (incluyendo apellido de soltera)	Donde Nació Y Fecha de Nacimiento	Ciudadanía	Raza	Sexo	Educación	Militar (¡Gracias por su servicio!)
Yo	Nombre SS#	____/____/____	<input type="radio"/> Ciudadano de US <input type="radio"/> Visa de trabajo Número De extranjero # _____ Fecha de entrada ____/____/____ <input type="radio"/> ¿Indocumentada?			Ultimo grado completado _____ Diploma Si No _____ Current Student Si No _____	Rama Militar _____ Fechas _____ Tipo de Descarga _____
	Nombre SS#	____/____/____	<input type="radio"/> Ciudadano de US <input type="radio"/> Visa de trabajo Número De extranjero # _____ Fecha entrada ____/____/____ <input type="radio"/> ¿Indocumentada?			Ultimo grado completado _____ Diploma Si No _____ Current Student Si No _____	Rama Militar _____ Fechas _____ Tipo de Descarga _____
	Nombre SS#	____/____/____	<input type="radio"/> Ciudadano de US <input type="radio"/> Visa de trabajo Número De extranjero # _____ Fecha de entrada ____/____/____ <input type="radio"/> ¿Indocumentada?			Ultimo grado completado _____ Diploma Si No _____ Current Student Si No _____	
	Nombre SS#	____/____/____	<input type="radio"/> Ciudadano de US <input type="radio"/> Visa de trabajo Número De extranjero # _____ Fecha de entrada ____/____/____ <input type="radio"/> ¿Indocumentada?			Ultimo grado completado _____ Diploma Si No _____ Current Student Si No _____	

Estado Civil del Solicitante

Soltero (nunca casado)	Casado	Separado	Divorciado	Viuda
Casado con:			Fecha	Estado
Divorciado De:			fecha	
Separado De:			Fecha	

Información de contacto

Número de Teléfono :

Número de Teléfono para Mensajes:

Email:

Donde vive ahora

Dirección		Apt#	Ciudad	Condado	Codigo postal	¿Subvencionada? Si No
Fecha de mudanza	# de Cuartos	Nombre de Propietario/Dueño	Dirección de Propietario		Teléfono de Propietario	Precio de la renta

¿Participa en? (encierra en un circulo): Bright Futures Heartland House Community Transition Program (CTP) Custodia de la oficina federal de prisiones Nada

Recursos

Tipos de Recursos	Cantidad
Manutención de hijos	
SS/SSI/SSDI	
Estampillas De Alimentos	
TANF	
Beneficios Desempleado	
Beneficios de Veteranos	
Otros Ingersos _____	

Empleo

Nombre	Empleo	Fecha de inicio	Fecha final	Salario	Horas por semana	Porque se fue?
YO	Trabajo Actual:					
	Trabajo Anterior O Segundo Trabajo:					
Otro adulto en la casa	Trabajo Actual:					
	Trabajo Anterior O Segundo Trabajo:					

Salud y Seguro médico

Nombre	Diagnóstico de salud	Compañía de seguro	Número de Identificación de Seguro

Yo declaro y afirmo, bajo pena de perjurio y negación de beneficios, que la información proporcionada anteriormente es, en lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadera y correcta

Firma _____

Fecha _____