

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Paquete de Asistencia de Emergencia

Después de completar este formulario, su próximo paso es **programar una cita**. Para programar una cita, necesita los siguientes documentos:

- Forma actual de identificación con foto (*o pasaporte*)
- Contrato de arrendamiento de vivienda, escritura o forma de documentación
- Prueba de ingresos / pérdida de ingresos (*últimos 2 meses*)
- Estado de cuenta bancaria actual (*si tiene*)
- Tarjeta de Seguro Social (*si está disponible*)
- Verificación de asistencia adicional recibida (SNAP, TANF, Manutención de niños, Sección 8, etc.), si recibe alguno de estos tipos de asistencia
- Factura actual y aviso de desconexión (*para asistencia de servicios públicos*)
- Documentación de cualquier compromiso de una agencia externa (*si es aplicable*)

Si no está seguro de qué documentos puede necesitar, no tiene algunos de estos documentos o tenga otras preguntas, comuníquese con el número de teléfono previsto a continuación. También podemos hacer copias de cualquier documento original durante su cita.

Agendar una cita:

- Verifique que haya completado este **formulario completo**,
- Acumule todos los **documentos mencionados anteriormente**, y
- Llame al **(409) 765-\_\_\_\_\_** para hablar con \_\_\_\_\_

Recuerde de traer este formulario y los documentos a su cita programada para que podamos ayudarlo lo más pronto posible. También puede enviar documentos por correo electrónico a \_\_\_\_\_@stvhope.org

## COVID-19

Cuando llegue, **debe usar una mascarilla** durante toda su cita. Si no tiene una mascarilla, podemos proporcionarle una. Si usted o alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 o ha estado expuesto a COVID-19, infórmenos *antes* de llegar a su cita.

# Su información

Nombre completo

Dirección

# de teléfono

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para cada una de las opciones a continuación, escriba el **ingreso mensual total** de todos los miembros de la familia. Por favor escriba la cantidad (en dólares) en cada línea

\$ _____	Ingresos Ganados por Usted	\$ _____	TANF
\$ _____	Ingresos Ganados por su Esposo(a)	\$ _____	Pensión de Trabajo
\$ _____	Ingresos del Seguro Social	\$ _____	Pensión Alimenticia
\$ _____	Ingresos del Seg. Soc. para Discapacitados	\$ _____	Ingresos de Veterano de Guerra
\$ _____	Pensión de Veteranos de Guerra	\$ _____	Ingresos de aseguranza para veteranos discapacitados
\$ _____	Beneficios de Desempleo	\$ _____	Compensación de Trabajador
\$ _____	Ingresos de Mantención Infantil	\$ _____	Alojamiento Sección 8
\$ _____	Estampillas de Comida / SNAP	\$ _____	Ortos Ingresos

Total de Ingresos Mensuales: \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe alguno de los beneficios no monetarios a continuación? (marque todo lo que corresponda)

- Medicare
- Medicaid
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- VA Medico
- TANF Cuidado de Nino's
- TANF Transportación
- Otros Servicios de TANF
- Otros Beneficios: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar es un veterano?

No  Si

### Gastos Mensuales del Hogar

Escriba la cantidad (en dólares) que su familia gasta en todos los gastos a continuación

#### Gastos

CATEGORIA	Monto Mensual
Renta / Hipoteca	
Impuestos de Propiedad	
Seguro para Inquilinos / Propietarios	
UTILIDADES	Monto Mensual
Electricidad	
Agua	
Alcantarilla / Albañal	
Basura	
Gas	
TELÉFONO	Monto Mensual
Teléfono Celular	
Internet	
Teléfono de Casa	
Cable / Satélite	
Comida	
AUTO	Monto Mensual
Pago del Carro	
Pago del Carro	
Seguros	
Reparaciones y Mantenimiento	
Gasolina	
Licencia / Registro	
Transporte (Autobús, etc)	

Subtotal Columna 1: \_\_\_\_\_

#### Gastos

CATEGORIA	Monto Mensual
Seguro Médico	
Deducibles, Co-Pagos	
Recetas Médicas (Rx)	
Otros Gastos Médicos/Dentales	
Seguro de Vida	
GASTOS DE NIÑO	Monto Mensual
Manutención Infantil	
Cuidado de los Niños	
Matrícula	
Alojamiento y Comida	
Transporte	
Libros	
Uniformes	
Deportes, Campamentos	
TARJETAS DE CRÉDITO	Monto Mensual
PRÉSTAMOS	Monto Mensual
Contribuciones Caritativas	
OTROS GASTOS	Monto Mensual

Subtotal Columna 2: \_\_\_\_\_

