

# Aplicación Solicitud de asistencia de emergencia McLean County

Apellido	Nombre / Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)
Correo Electrónico	Teléfono Móvil	Teléfono de Casa	

¿Tienes un número de seguro social? Si No

<b>Marital Estado:</b>	Casado/a, Viviendo en pareja	Soltero/a, Nunca casado	Pareja domestica	Viudo
	Casado/a, Viviendo separados	Divorciado/a	Separado/a	Otro

<b>Genero:</b>	Masculino	Transgenero	Sin genero	Rechaza responder
	Femenino	Ninguno-Binario	Otro	

<b>Raza /Etnia:</b>	Africano/a Americano/a	Hispano / Latino	Americano/a Nativo	Asiatica/o Americano/a
	Hawaiiano Nativo Isleño del Pacífico	Blanco/a Americano/a	Multi-Racial	Rechaza responder

**Lenguaje Primario:** Ingles Español Frances Otro

¿Ciudadano U.S.? Si No

¿Residente Legal? Si No

¿Estaba relacionada la pérdida de ingresos o la crisis con COVID-19? Si No

**Describe brevemente la crisis del cliente que ocurrió en los últimos 30 60 90 dias**  
**(incluye documentación para respaldar la crisis):**

<b>ASISTENCIA REQUERIDA (marque todas las que aplique)</b>
<b>RENTA/ HIPOTECA</b> <i>Incluye aviso de arrendamiento y desalojo de 5 días</i>
<b>AGUA</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>GAS NATURAL</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>ELECTRICIDAD</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>TRANSPORTE</b> <i>Incluye información de registro del vehículo</i>
<b>MEDICO / MEDICINAS</b> <i>Incluye información y factura del médico/farmacéutico</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>SITUACION ESPECIAL (marque todas las que aplique)</b>
<b>SIN CASA</b> <i>Incluye verificación de residencia de PATH, Puerto seguro, HSHM, Neville House u otro</i>
<b>HUYENDO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>
<b>VETERANO</b> <i>Incluye formato DD-214, identificación de veterano o prueba de servicio</i>
<b>CIUDADANO MAYOR (65+)</b> <i>Incluye copia de identificación</i>
<b>VIVIENDA SUBSIDIADA/ CON APOYO</b> <i>Incluye copia de contrato de arrendamiento que lo indique</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>INGRESOS DEL HOGAR &amp; ACTIVOS</b> Mensual bruto /18+ o más/últimos (30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>BENEFICIOS DEL HOGAR</b> (últimos 30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>GASTOS DEL HOGAR</b> (Mensual) Indique la cantidad de cada fuente
No Ingresos _____	MCCA _____	Renta / Hipoteca _____
Empleado Medio tiempo _____	COB Township _____	Comida _____
Empleado Tiempo completo _____	Normal Township _____	Cable _____
Auto empleado _____	PATH _____	Electricidad _____
Desempleado _____	Salvation Army _____	Gas Natural _____
SSDI _____	SNAP _____	Agua _____
SSA _____	TANF _____	Seguro _____
Beneficios de Veterano _____	LIHEAP _____	Prestamos/Creditos _____
Apoyo para Niños _____	WIC _____	Vehiculo _____
Pension _____	AABD _____	Otro _____
Compensación al trabajador _____	RSDI _____	Otro _____
Cuentas Bancarias _____	SSI _____	Otro _____
Efectivo en mano _____	Otro _____	Otro _____
Otro _____	Otro _____	Otro _____
<b>TOTAL INGRESOS &amp; ACTIVOS</b> _____	<b>TOTAL BENEFICIOS</b> _____	<b>TOTAL DE GASTOS</b> _____

**TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (FAMILIA, RELATIVOS, PAREJAS, ALOJAMIENTOS, OTROS)**

Nombres		Cumpleaños	Edad	Veterano	Relacion con el	Genero
Nombre	Segundo Apellido	mes/dia/año			Applicante	

He leído esta solicitud y declaro bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, la información suministrada en esta solicitud y todas las declaraciones adjuntas son verdadera y correcta, y que es una declaración completa de todos los ingresos, activos o recursos que me pertenecen a mí o a cualquier miembro de mi familia inmediata.

\_\_\_\_\_ Firma del Cliente

\_\_\_\_\_ Fecha

Solicitud de fax o correo electrónico y documentos requeridos para:

\_\_\_\_\_ Fax

\_\_\_\_\_ Correo Electrónico