

Demande d'aide d'urgence du comté de McLean

Nom de famille	Prénom/Deuxième prénom	Date de naissance	
Domicile	Ville	Etat	Code Postal
Email	Téléphone portable	Téléphone fixe	

Avez-vous un numéro de sécurité sociale? Si No

Etat civil:	Marié	Célibataire	Divorcé
	Veuf	Autre	Autre

GYI Y.	Oui	Non	
	Autre	Autre	Autre

Raza /Etnia:	Blanc Américain	Hispanique/Latin	Amérindien Natif de l'Alaska
	Noir Américain	Blanc Américain	Américain Asiatique
	Natif Hawaïen Insulaire Pacifique	Multiracial(e)	Abstenu(e)

Langue Maternelle: Anglais Espagnol Français Autre

Citoyen Américain? Oui Non

Résident légal? Oui Non

Votre crise ou perte de revenu est elle liée au Covid-19? Oui Non

Décrivez brièvement la crise dont le client a été victime durant les 30, 60, 90 jours derniers 30, 60, 90 jours (documentation à l'appui):

Assistance demandée (cochez tout ce qui est en vigueur)
Location/Hypothèque <i>Inclure le bail/contrat et l'avis d'expulsion</i>
Eau <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Gaz <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Electricité <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Transport <i>Inclure les informations d'immatriculation du véhicule</i>
Medical/Medicaments <i>Inclure les données du medecin/pharmacien et la facture</i>
Autre _____

Statut special (cochez tout ce qui est en vigueur)
Sans-Abris <i>Inclure une preuve de résidence de PATH, Safe Harbor, HSHM, Neville House ou autre</i>
Fuyant la violence domestique
Ancien Combattant <i>Inclure le formulaire DD-214, la carte d'identité d'ancien combattant ou une preuve de service</i>
Personne du 3ème age (65+) <i>Inclure une copie de la piece d'identité</i>
Logement subventionné/avec services de soutien <i>Inclure la copie du bail indiquant le statut</i>
Autre _____

Revenu du ménage et actifs (Brut mensuel/18 ans et plus/30 derniers jours) Indiquer le montant provenant de chaque source	Prestations du ménage (30 derniers jours) Indiquer le montant provenant de chaque source	Dépenses ménagères Mensuellement Indiquer le montant provenant de chaque source
Aucun revenu _____	MCCA _____	Loyer/Hypothèque _____
Emploi a temps partiel _____	COB Township _____	Nourriture _____
Emploi a temps plein _____	Normal Township _____	Cable TV _____
Travailleur autonome _____	PATH _____	Electricité _____
Caisse de chômage _____	Salvation Army _____	Gaz _____
SSDI _____	SNAP _____	Eau _____
SSA _____	TANF _____	Assurance _____
Bénéfices d'ancien combat ant _____	LIHEAP _____	Prets/Crédit _____
Pension alimentaire pour enfants _____	WIC _____	Véhicule _____
Pension _____	AABD _____	Autre: _____
Indemnisation des travailleurs _____	RSDI _____	Autre: _____
Comptes bancaires _____	SSI _____	Autre: _____
Encaisse _____	Autre: _____	Autre: _____
Autre: _____	Autre: _____	Autre: _____
Revenus et actif totaux _____	Prestations totales _____	Depenses totales _____

Membres du foyer (famille directe, famille rapprochée, pensionnaires, locataires, autres)

Nom			Date de naissance	Age	Ancien Combattant	Relation avec le demandeur	Sexe
Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Mois/Jour/Année				

J'ai lu cette demande et déclare, sous peine de parjure, que, à ma connaissance et selon ma conviction, les informations fournies dans cette demande et toutes les déclarations qui l'accompagnent sont véridiques et correctes, et qu'il s'agit d'une déclaration complète de tous les revenus, actifs ou les ressources qui m'appartiennent ou à tout membre de ma famille immédiate.

Signature du client

Date

Faxer la demande et documents requis ou transmettre par email a:

Fax

Email