

Louisa Community Emergency Fund
Solicitud de Asistencia

Fecha _____

Nombre de Cliente _____

Sudirección de Casa _____

Usted fue referido(a) por _____

Que emergencia paso que causo' este necesidad de asistencia? _____

Nombre de la compania o el dueñode suvivienda _____

Número de teléfono de la compania o dueño de suvivienda _____

La dirección de la compania o dueño de su Vivienda _____

Número de cuenta _____

El nombre de los adultos que viven el suvivienda(18 y mayor)

Nombre edad discapitado(a) veterano(a) número de seguridad social

Ingresos(la entrada de dinero a casa)

Empleador(a) _____ Cliente(a) _____ Otro _____

Si está des empleado(a) quién fue su utimo empleador _____

Des decuando estásin trabajo? _____

Tiene un archivo con El Departamento de Servicios Sociales?si ___ no ___ Dónde? _____

El nombre de (a) _____ Número de teléfono _____

Tiene el Departamento de Servicios Sociales comunicado escrito para que pueda mos discutir su solicitud de asistencia? Si ___ No _____

Que tipo de asistencia erecebido de otrasa gencias y Iglesias y cuanto le an dado?

SNAP _____ TANIF _____ WIC _____ Section 8 _____ Medicaid _____

FAMIS _____ Iglesia _____ Asisteneia de Emergencia _____

Asistencia de Emfriamento _____ Asistencia de Combustible _____

Otro tipo de asistencia _____

Gastos Mesuales:

Cuánto es su alquiler/hipoteca? _____

Préstamo de automóvil _____ Seguro de automóvil _____

Copia de contrato de alquilar o arrendamiento de su vivienda _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____

Cable or Direct TV _____ Medico/Medicinas _____

Seguro _____ Otros gastos mensuales _____

Firma de Applicable _____ Fecha _____

Necessitatrier Copia de identificación

LCEF Approval Name: _____