

Aplicacion de Felicidad Navidena

USO SOLO PARA AGENCIA:

Fecha: _____ Pagina 1

SECCION A:

Nombre: _____ Direccion de Correspondencia si diferente: _____

Dirreccion: _____

de Telefono: _____ # de Mensaje: _____ Numero total de personas en el hogar: _____

SECCION B: Liste todas las personas bajo la edad de 18 anos viviendo en el hogar del cual usted es padre o guardian:

Nombre	Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social	Relacion al aplicante	Masculino/Feme nino
1				
2				
3				
4				
5				
6				

SECCION C: Liste a todos los demas en el hogar incluyendo Padres y Guardian:

Nombre:	# de Seguro Social	Relacion al nino en Seccion B

SECCION D: Liste ingresos de empleo recibidos para padres/guardian de ninos enumerados arriba:

Nombre de persona trabajando	Nombre de Empleador	# de horas trabajadas por semana	Trifa de pago \$ por hora	Cada cuanto? (semanal,cada 2 semanas, 2 veces por mes,mensual)

SECCION E: Porfavor liste todo ingreso recibido por el padre/guardian de todo recurso:

Recurso de Ingreso	Quien recibe este ingreso (De el nombre completo)	Cantidad de Ingreso	Recibido cada cuanto (semanal,cada 2 semanas, etc)	Relacion al nino listado en la Seccion B
Seguro Social				
SSI				
Desempleo				
Beneficios de Veteranos				
Child Support (Manutencion de Menores)				
Contribuciones (\$ de amigos/familia				
OTRO: Porfavor liste tipo de Ingreso:				

SECCION F: Ha sido el hogar aprobado para asistencia Navidena en cualquier otra agencia?

NO SI En caso que SI, Donde _____ Para Quien? _____

SECCION G: SI SOY ELEGIBLE, Me gustaria que mi comprobante sea asignado a: (ESCOJA SOLAMENTE UNO)

K-MART – Salisbury _____

K-MART – Concord _____

K-Mart- Statesville _____

MAGIC MART – Salisbury _____

SECCION H: Yo certifico que la informacion que he proveido en esta aplicacion es verdadera y esta completa. Le doy permiso al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Rowan de verificar toda informacion proveida.

Firma de Apicante:

Fecha:

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA APLICACION:

SECCION A: Porfavor imprima su nombre completo. A la izquierda, lista la direccion donde usted vive y a la derecha , liste la direccion donde usted recibe su correspondencia. Porfavor denos un numero de telefono valido y asegurese que nos de la direccion correcta. El comprobante sera enviado por correo a los aplicantes elegibles para el 19 de Diciembre, 2008.

SECCION B: Porfavor liste solamente los ninos bajo la edad de 18 anos que viven en el hogar con usted y solamente esos ninos por el cual usted es padre/guardian/. Porfavor indique la relacion suya con cada nino (Padre, abuelos, tia/tio, etc.) Si hay otros ninos en el hogar por el cual usted no es padre/guardian – liste esos ninos en la Seccion C. Aplicaciones recibidas sin numeros de seguro sociales validos o fechas de nacimiento seran negadas.

SECCION C: Porfavor liste a todos los demas que viven en su hogar, incluyendose a usted. Asegurese de incluir numeros de seguro sociales y la relacion del nino listado en la Seccion B.

SECCION D: Liste los ingresos de empleo de los padres o guardianes quienes viven en le hogar con los ninos listados en la Seccion B. Usted debera incluir todo ingreso de los padres o guardianes trabajando. Usaremos el numero de horas que usted trabaja a la semana y la cantidad pagada por hora para determinar que usted gana ingresos contables. Porfavor asegurese que indique cada cuanto recibe pago (seminal, cada 2 semanas, 2 veces por mes, o mensual)

SECCION E: Liste todo ingreso los ingresos para los padres o guardianes de los ninos en la Seccion B. Si usted recibe ingresos de un recurso no listado, porfavor indique el recurso de ese ingreso en la aplicacion.

SECCION F: Si usted ha recibido asistencia Navidena para sus ninos, porfavor de el nombre de la organizacion/grupo/o persona aqui. Indique cual nino fue incluido en la asistencia. Si una organizacion/grupo esta patrocinando a sus ninos, porfavor liste la informacion aqui tambien.

SECCION G: Su comprobante, si es elegible, sera designado a la tienda que usted selecciono en esta aplicacion. No sera cambiado despues.

SECCION F: Firmando y poniendo la fecha en esta aplicacion usted esta dandole permiso al Departamento de Servicios Sociales de comprobar lo que usted nos ha dicho en esta aplicacion. Si es determinado que usted ha proveido falsa informacion o inexacta, su aplicacion sera negada. Firmando esta aplicacion usted esta declarando que usted ha proveido informacion verdadera y completa sobre usted y su familia.

ENVIE APLICACION A:

**P. Spears
Rowan County DSS
1236 W. Innes Street
Salisbury, NC 28144**

NOTA: APLICACIONES QUE ESTEN INCOMPLETAS O NO FIRMADAS NO SERAN APROBADAS. ESTAREMOS INCAPAZ DE PONERNOS EN CONTACTO CON USTED PARA INFORMACION ADICIONAL.

APLICACIONES RECIBIDAS ANTES DE EL 1RO DE DICIEMBRE Y DESPUES DEL 15 DE DICIEMBRE NO SERAN ACEPTADAS.

SI USTED RECIBE ESTAMPILLAS DE COMIDA, TRABAJO PRIMERO, O MEDICAID DE FAMILIAS Y NINOS- NO USE ESTA APLICACION. LLAME A SU TRABAJADORA DE ESTAMPILLAS, TRABAJO PRIMERO O TRABAJADORA DE MEDICAID – SOLAMENTE LLAME A UNA TRABAJADORA PARA APLICAR PARA FELICIDAD NAVIDENA POR TELEFONO.

Rev. 11/01/2008