

# HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES

## REQUISITOS PARA OPTENER AYUDA

### FAVOR DE LEER ESTO PRIMERO ANTES DE LLENAR LA APLICACION:

HCSM ES UN ESFUERZO COMPARTIDO CONDADO-ANCHO DE IGLESIAS, LOS GRUPOS CÍVICOS, LOS INDIVIDUOS, EL NEGOCIO, LAS BASES, Y LA MANERA UNIDA PARA AYUDAR REUNIÓN EL A CORTO PLAZO, LAS NECESIDADES DE EMERGENCIA DE RESIDENTES DE CONDADO DE CAZA. LA AYUDA PROPORCIONADO ES BASADA EN LA NECESIDAD PARTICULAR Y NO DEBE SER CONSIDERADA UN DERECHO. HCSM COMPARTIRÁ OCASIONALMENTE INFORMACIÓN CON OTRAS AGENCIAS Y ORGANIZACIONES PARA PROPORCIONAR MEJOR AYUDA A SOLICITANTES. HCSM NO DISCRIMINA BASADO EN EL ESTATUS DE INMIGRACIÓN NI CIUDADANÍA.

### CLIENTES NECESITAN LO SIGUIENTE:

- 1. I.D. CON FOTO Y TARJETA DE SEGURO SOCIAL POR CADA MIEMBRO DEL HOGAR**
- 2. SER RESIDENTE DEL CONDADO HUNT**
- 3. LA PRUEBA DE INGRESOS PARA LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.**  
**LOS INGRESOS INCLUYEN: SUELDO, PENSION, ESTAMPILLAS DE COMIDA, BENEFICIOS DE SS/SSI, SECTION 8, TANF, MANUTENCION DE NINOS, DESEMPLEO, ETC...**
- 4. LA PRUEBA DE GASTOS PARA LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.**  
**LOS GASTOS INCLUYEN: RENTA/HIPOTECA, UTILIDADES, COMIDA, PAGOS MEDICOS/RECETAS ETC....**
- 5. LA CUENTA VERSÁTIL DETALLADA EN EL NOMBRE DE SOLICITANTE SI AYUDA ES BUSCADA LAS UTILIDADES**

LAS PETICIONES PARA LA AYUDA SON CONSIDERADAS INDIVIDUALMENTE Y SON BASADAS EN LA NECESIDAD Y FINANCIANDO DISPONIBLE. HCSM CONSIDERARÁ PETICIONES PARA LA AYUDA CON:

- ✓ **COMIDA**
- ✓ **UTILIDADES**
- ✓ **MEDICO, DENTAL, AYUDA DE PRESCRIPCIÓN**
- ✓ **OPORTUNIDADES DE EDUCACIÓN O INSTRUCCIÓN**
- ✓ **LICENCIAS O IDENTIFICACIONES**
- ✓ **OTRAS PETICIONES COMO NECESITADO**

En vista de nuestros valores basicos, alta demanda, fondos limitados HCSM puede reducir la asistencia de ayuda por cualquier siguiente rason:

- Cliente a sido ayudadado posteriormente
- Cliente a enseñado poca evidencias de responsabilidad personal
- Cualquier cliente que de falsa o desviada informacion
- Y cualquier cliente que reuse llenar los requisitos especificos requeridos de arriba.

**He leído el arriba y comprendo que es mi responsabilidad de proporcionar documentación adecuada y exacta de la necesidad. Comprendo aún más que si fallo de proporcionar alguna documentación necesaria cuando pidió hacer así, puedo ser negado ayuda.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES REQUISITOS PARA OPTENER AYUDA

## HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES CLIENT INFORMATION 2016

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

ESPOSO(A)/PARA EJA: \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**FOTO ID:**     LICENCIA DE CONDUCIR /ID DEL ESTADO     PASSPORTEI     I.D. MILITAR     ID ESCOLAR

### INDIVIDUOS EN EL HOGAR INGLUYENDO A USTED:

**USO DE OFICINA!**

	NOMBRES	RELACION	FECHA DE NAC	INGRESO	SS CARD (LAST 5 NUMBERS)
1		A Simismo			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

No. de Adultos con mas de 60 +		No. de Adultos edades 18-59		No. Ninos 0-17	
--------------------------------	--	-----------------------------	--	----------------	--

### HAY ALGUIEN EN EL HOGAR CON UNA ENFERMEDAD GRAVE?

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ENFERMEDADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FAMILIAR MAS SERCANO/AMIGO: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

**Esta informacion dada a Hunt County Shared Ministries es exacto segun mi entendimiento. Yo entiendo que fals informacion dada me puede causar de ser negada asistencia. Yo doy permiso que la agencia de asistencia entrecambie informacion acerca de mi fanansas, medicas, familiares, y circunstancias personales con Hunt County Shared ministries.**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**YO FUI REFERIDO A HCSM POR:** NOMBRE/ORGANISACION: \_\_\_\_\_

**Hunt County Shared Ministries opera en acordancia con el departamento de Agricultura de E.U. y departamento de Texas en polisa en servicios humanos que proibe discriminar basado en raza, color, edad, desabilidad, religion, creencias politicas, origen de nacionalidad.**