

**2025 Hunt County Shared Ministries APLICACIÓN DE ALIMENTOS**

FECHA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPOSO(A)/PAREJA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APT/LOT# \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**FUI REFERIDO AL HCSM POR: NOMBRE/ORGANIZACIÓN** \_\_\_\_\_

**¿HAY ALGUIEN EN EL HOGAR SUFRIENDO DE UNA ENFERMEDAD EMOCIONAL O MENTAL?** \_\_\_\_\_

**¿HAY ALGUIEN EN EL HOGAR CON UN ENFERMEDAD FÍSICA?** \_\_\_\_\_ **¿INCAPACITADO?** \_\_\_\_\_

**¿ALGUIEN EN EL HOGAR ES VETERANO? SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_ ¿QUIÉN?** \_\_\_\_\_

	NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO	ÚLTIMOS CINCO (5) NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL
1		(tu)			- _ _ _ _ _
2					- _ _ _ _ _
3					- _ _ _ _ _
4					- _ _ _ _ _
5					- _ _ _ _ _
6					- _ _ _ _ _
7					- _ _ _ _ _
8					- _ _ _ _ _
9					- _ _ _ _ _
10					- _ _ _ _ _

# de adultos mayores de 60 años o más  # de adultos 18-59  # de niños 0-17

**ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN ADECUADA Y EXACTA DE LA NECESIDAD. ADEMÁS, ENTIENDO QUE MI PROPORCIONAR DE CUALQUIER DOCUMENTACIÓN REQUERIDA O PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PUEDE CAUSAR QUE SE LE NEGUE LA AYUDA. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A HUNT COUNTY SHARED MINSTRIES ES EXACTA HASTA MIS CONOCIMIENTOS. DOY PERMISO A LAS AGENCIAS DE AYUDA PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN SOBRE MIS FINANCIERAS, MÉDICAS, FAMILIARES Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES CON HUNT COUNTY SHARED MINISTERIES.**

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

**PROPORCIONAR I.D., SNAP LETTER, UTILITY BILL**

Driver's License or Passport Exp Date: \_\_\_\_\_  Current Utility Bill

SNAP Letter SNAP Exp Date: \_\_\_\_\_ SNAP Load Day: \_\_\_\_\_

EL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA SUS CLIENTES, EMPLEADOS Y SOLICITANTES DE EMPLEO POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL, EDAD, DISCAPACIDAD, SEXO, IDENTIDAD DE GÉNERO, RELIGIÓN, REPRESALIAS Y, CUANDO CORRESPONDA, CREENCIAS POLÍTICAS, ESTADO CIVIL, ESTADO FAMILIAR O PARENTAL, ORIENTACIÓN SEXUAL, O LA TOTALIDAD O PARTE DE LOS INGRESOS DE UN INDIVIDUO SE DERIVA DE CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA. O INFORMACIÓN GENÉTICA PROTEGIDA EN EL EMPLEO O EN CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD REALIZADA O FINANCIADA POR EL DEPARTAMENTO. (NO TODAS LAS BASES PROHIBIDAS SE APLICARÁN A TODOS LOS PROGRAMAS Y/O ACTIVIDADES DE EMPLEO). SI DESEA PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DEL PROGRAMA DE DERECHOS CIVILES, COMPLETE EL FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DEL PROGRAMA DEL USDA, QUE SE ENCUENTRA EN LÍNEA EN [HTTP://WWW.ASCR.USDAGOV/COMPLAINT CUST.HTML](http://www.ascr.usdagov/complaintcust.html) DE PRESENTACIÓN, O EN CUALQUIER OFICINA DEL USDA, O LLAME AL (866) 632-9992 PARA SOLICITAR EL FORMULARIO. TAMBIÉN PUEDE ESCRIBIR UNA CARTA QUE CONTENGA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL FORMULARIO. ENVÍENOS SU FORMULARIO DE QUEJA O CARTA COMPLETA POR CORREO AL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS, DIRECTOR, OFICINA DE ADJUDICACIÓN, 1400 INDEPENDENCE AVENUE, SW, WASHINGTON, D.C. 20250-9410, POR FAX (202) 690-7442 O CORREO ELECTRÓNICO A PROGRAM.INTAKE@USDA.GOV. LAS PERSONAS SORDAS, CON DIFICULTADES AUDITIVAS O CON DISCAPACIDADES DEL HABLA PUEDEN COMUNICARSE CON EL USDA A TRAVÉS DEL SERVICIO FEDERAL DE RETRANSMISIÓN AL (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (ESPAÑOL). EL USDA ES UN PROVEEDOR Y EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

DATE: \_\_\_\_\_ INTERVIEWER: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ INTERVIEWER: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ INTERVIEWER: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ INTERVIEWER: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ INTERVIEWER: \_\_\_\_\_

# 2025 HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES – OTRA SOLICITUD DE ASISTENCIA

## LLENE LOS DOS PAGINAS

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASISTENCIA SOLICITADA:  ALQUILAR/HIPOTECA     ELECTRICIDAD     BILL DEL GAS     MÉDICO  
 DENTAL     ÓPTICO     Recetas Medicas     OTRO: \_\_\_\_\_

**LAS SOLICITUDES DE ASISTENCIA (APARTE DE ALIMENTOS) DEBEN INCLUIR ESTA PÁGINA Y TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. CONSULTE LA LISTA DE DOCUMENTOS AL REVERSO DE ESTA PÁGINA. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.**

### INGRESOS Y BENEFICIOS DEL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS:

EMPLEO SALARIOS - Tuyo: \$	MANUTENCIÓN INFANTIL MENSUAL (Recibida): \$
EMPLEO SALARIOS - Otros: \$	DESEMPLEO: \$
SEGURIDAD SOCIAL - BENEFICIOS - Tuyo: \$	PENSIÓN: \$
BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL - Otro: \$	COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: \$
BENEFICIOS SSDI: \$	OTRO: \$
SNAP CANTIDAD - Tuyo \$	OTRO: \$
ESTAMPIAS CANTIDAD-Otro \$	OTRO: \$
ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA: \$	OTRO: \$
TANF: \$	<b>Totales de Ingresos/beneficios: \$</b>

### FACTURAS Y GASTOS DEL HOGAR DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS: (INCLUIR PAGADOS Y NO PAGADOS)

ALQUILAR/HIPOTECA: Circule uno: Alquilar Propio \$	CABLE: \$
ELECTRICIDAD: \$	INTERNET: \$
BILL DEL GAS: \$	Enumere todos los préstamos de día de pago, facturas de tarjetas de crédito, facturas de almacenamiento y otros gastos que no figuran en la lista:
AGUA/DESAGUE/BASURA \$	OTRO: \$
ALIMENTACIÓN (estimación): \$	OTRO: \$
RECETA/MÉDICO: \$	OTRO: \$
PAGO DEL COCHE: \$	OTRO: \$
GASOLINA (estimación): \$	OTRO: \$
SEGURO DE AUTO: \$	OTRO: \$
SEGURO DE HOGAR: \$	<b>TOTALES GASTOS MENSUALES: \$</b>
SEGURO DE VIDA: \$	<b>TOTALES INGRESOS: \$</b>
TELÉFONO MÓVIL: \$	<b>INGRESOS – GASTOS =</b>
	+ \$
	- \$

## **TODAS LAS SOLICITUDES DE AYUDA (que no sean alimentos)**

### **DEBE APORTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

1. Identificación con fotografía de cada adulto que reside en el hogar: licencia de conducir o pasaporte
2. Comprobante de ingresos de los últimos 30 días – para cada persona que reside en el hogar
3. Los ingresos incluyen: recibos de sueldo de empleo, beneficios del Seguro Social, beneficios de SSDI, cartas de concesión o denegación de estampías, asistencia para vivienda, carta de concesión de TANF, manutención infantil mensual, beneficios de desempleo, pensión, otros ingresos (asistencia financiera de familiares o amigos)
4. Comprobante de gastos de los últimos 30 días
5. Los gastos incluyen: alquiler/hipoteca, electricidad, bill del gas, agua/alcantarillado/basura, medicamentos recetados/médicos, pagos de automóviles, seguro de automóvil, seguro de hogar, seguro de vida, teléfono residencial, teléfono celular, cable, Internet, otros gastos (préstamos de día de pago). Pagos con Tarjeta de Crédito, Naves de Almacenamiento, etc.)

### **\*\*\* NO SE ACEPTARÁN solicitudes incompletas \*\*\***

HCSM es un esfuerzo compartido en todo el condado de iglesias, grupos cívicos, individuos, empresas, fundaciones y United Way para ayudar a satisfacer las necesidades de emergencia a corto plazo de los residentes del condado de Hunt. La asistencia proporcionada se basa en la necesidad individual y no debe considerarse un derecho. HCSM ocasionalmente compartirá información con otras agencias y organizaciones para ayudar mejor a los solicitantes.

***HCSM no discrimina en función de la inmigración o el estado de ciudadanía.***

**Las solicitudes de asistencia se basan en las necesidades y los fondos disponibles.**

**HCSM considerará las solicitudes de asistencia con:**

- Alquiler / Hipoteca (fondos limitados - disponibles una vez cada 24 meses)
- Servicios públicos: electricidad, gas, agua, propano solo (disponible una vez cada 24 meses)
- Citas médicas
- Citas dentales
- Asistencia con medicamentos recetados

**POR FAVOR ENVÍE INFORMACIÓN POR  
CORREO ELECTRÓNICO A**

**[paige@hcsmfish.org](mailto:paige@hcsmfish.org)**

- ENVIAR DOCUMENTOS COMO ADJUNTOS
- NO FOTOS OSCURAS
- PON TU NOMBRE EN LA LÍNEA DE ASUNTO
- LA APLICACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA

En vista de nuestros valores fundamentales básicos, las crecientes demandas y los fondos limitados, **HCSM puede reducir o negar la asistencia por cualquiera de los siguientes motivos:**

- Asistencia previa
- Clientes que muestran poca evidencia de responsabilidad personal.
- Cualquier cliente que proporcione información falsa o engañosa.
- Clientes que se niegan a cumplir cualquiera de los requisitos especificados.