



Fecha \_\_\_\_\_

**En qué programa/s está interesado (marque todos los que correspondan):**

- Reparaciones del hogar (para propietarios de viviendas hasta \$2,000.00 por seguridad y accesibilidad)
- Préstamo de reparación de vehículos (solo reparaciones mecánicas, hasta \$1,000.00)
- Programa de Fondos de Emergencia (Hasta \$300.00 para gastos aprobados)
- Otro(s) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL CLIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

**CLIENT INFORMATION**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

GENERO	ESTADO CIVIL	ETNIA
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Socio Doméstico  <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
TAMAÑO DEL HOGAR		INDICA TU RAZA (SELECCIONA UNO)
<input type="checkbox"/> Tamaño del hogar _____ (vea el archivo adjunto para el ingreso máximo del tamaño del hogar)	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin especificar	
ESTADO MILITAR (SELECCIONE UNO)	ESTADO DE LA VIVIENDA	
<input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Estatus Militar <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño de <input type="checkbox"/> Transicional	Tiempo en residencia ____ años/meses Información de Contacto del Propietario _____

Fecha \_\_\_\_\_

<b>¿Cómo escuchaste de nosotros?</b>	<b>SELECCIONE LA FUENTE DE INGRESO:</b>
<input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Amigos / Familia <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Volante/Folleto <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> Auto-empleo <input type="checkbox"/> SSI/SSDI <input type="checkbox"/> Otro _____

**ESTADO DE EMPLEO:**

¿Está trabajando Actualmente? Sí/ No

Si es así: Tiempo Completo    Tiempo Parcial

Horas por semana \_\_\_\_\_

Años/Meses en el trabajo \_\_\_\_\_

Salario por hora \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**TIENE UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA - SÍ O NO**

**Otros Miembros del Hogar**

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GÉNERO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL SOLICITANTE**

**Otros miembros del Hogar**

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GÉNERO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL SOLICITANTE** \_\_\_\_\_

**Otros Miembros del Hogar**

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GÉNERO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL SOLICITANTE** \_\_\_\_\_

Para el Programa de Reparación de Viviendas (solamente)

**Casa-**

**Año de Construcción** \_\_\_\_\_

**Calentador de Agua- Gas Natural LP/Propano**

**Calefacción-**

Gas Natural-

LP/Propano

Aceite Eléctrico Aceite Eléctrico Madera

Fecha \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE REPARACIÓN DEL HOGAR	PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA LA REPARACIÓN DE VEHÍCULOS	PROGRAMA DE FONDOS DE EMERGENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de Impuestos (con el nombre del solicitante como propietario) para el programa de reparación de viviendas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia del Título o otra prueba de propiedad del vehículo (para el programa de reparación de automóviles)</li> </ul>	Copia de Factura/Aviso de asistencia solicitada.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación para reparaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación para reparaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dos años de impuestos o declaración los solicitantes de presentan impuestos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dos años de impuestos o declaración los solicitantes de presentan impuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dos años de impuestos sobre la renta o los solicitantes de declaración no presentan impuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaraciones de beneficios más recientes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibos de pago de dos meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibos de pago de dos meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibos de pago de dos meses</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Extractos bancarios de dos meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extractos bancarios de dos meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extractos bancarios de dos meses</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaraciones de beneficios más recientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaraciones de beneficios más recientes</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario de pago automático</li> </ul>	

**NOTA PARA EL SOLICITANTE: SI ALGUNA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD SE ENCUENTRA FALSA O INCOMPLETA, DICHO HALLAZGO PUEDE SER MOTIVO PARA LA DENEGACIÓN DE LA ASISTENCIA SOLICITADA Y PUEDE SER UNA BASE PARA LA PROHIBICIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN TODOS LOS PROGRAMAS DE COMPASSIONATE CONNECTIONS CENTER.**

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

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

\_\_\_\_\_

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

Contacto Alternativo

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Decisión: Aprobado / Rechazado

\_\_\_\_\_

Firma del Personal Decisorio

\_\_\_\_\_