

Solicitud de la Operación Buen Pastor

Recibido en la Iglesia Católica del Santo Nombre - 970-879-0671

Por favor, rellene la solicitud COMPLETAMENTE.

Debe presentar una identificación con foto para recibir los servicios.

Por favor, háganos saber si le gustaría tener ánimo espiritual.

APLICANTE:

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono # _____ Correo electrónico: _____

Tipo de identificación: _____ ID#: _____ Estado/País _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en la dirección anterior? _____

Religión _____ Iglesia local _____

CÓNYUGE/PAREJA:

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono # _____ Correo electrónico: _____

¿Cuántos niños hay en la casa? _____ ¿Edades? _____

Por favor, explique específicamente por qué busca ayuda de la Operación Buen Pastor de la Iglesia Católica del Santo Nombre.

INGRESO

Solicitante Empleado: _____ Fecha del próximo cheque de pago: _____

Ingresos mensuales: Salario por hora \$ _____ Número de horas a la semana _____ = \$ _____ Total (x4 semanas)

OTROS INGRESOS: Jubilado/SSI: cantidad mensual _____ Discapacidad/SSDI: _____ cantidad mensual

Indique cualquier otro ingreso (Esto incluye el alquiler de los compañeros de habitación, etc.)

Co -Solicitante Empleado: _____ Fecha del próximo cheque de pago: _____

Ingresos mensuales: Salario por hora \$ _____ Número de horas a la semana _____ = \$ _____ Total (x4 semanas)

OTROS INGRESOS: Jubilado/SSI: cantidad mensual _____ Discapacidad/SSDI: _____ cantidad mensual

TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA

Vivienda

Servicios Médicos

Servicios públicos

Otros

¿Ha pedido ayuda a alguna otra agencia? _____ Si es así, ¿a qué agencia? _____

Por favor, rellene SOLAMENTE la sección donde se solicita la ayuda financiera.¿Qué meses de **alquiler está** buscando? _____

Nombre del propietario / compañía hipotecaria. _____ Teléfono del propietario. _____

Dirección del propietario / compañía _____ hipotecaria

Monto del pago _____ mensual Monto total adeudado a esta fecha _____ ¿Cuánto puede aportar? _____

Cantidad solicitada ¿Cuál es su plan para pagar el próximo mes? _____

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA MEDICA

Médico

Dental

Visión

Prescripción

Proveedor médico: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Gas

Electricidad

Propano

Agua

Otro

Nombre de la compañía: _____ Número de _____ cuenta:

CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE

La información dada en esta solicitud es verdadera hasta donde yo sé. Libero, renuncio, indemnizo y mantengo a la Iglesia Católica del Santo Nombre libre de responsabilidad de cualquier reclamación por daños, lesiones o gastos de cualquier tipo.

Yo (**nombre en letra de molde**) _____, por la presente autorizo al personal de la Iglesia Católica del Santo Nombre/Operación Buen Pastor a obtener y/o compartir la información necesaria de/con cualquier otra persona u organización que pueda ser útil para recibir asistencia de la Operación Buen Pastor para propósitos de emergencia (es decir, propietario, empleador, iglesias, DHS, proveedor médico, policía, etc.). Entiendo que toda la información solicitada es únicamente para el propósito de recibir ayuda con mis necesidades de emergencia y será mantenida en forma confidencial. La información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que, si soy elegible, la Operación Buen Pastor escribirá un cheque directamente al proveedor (es decir, al propietario/compañía hipotecaria, consultorio médico, etc.).

Firma del solicitante _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Notas

Categoría _____ Cantidad _____ Aprobación _____