

POR FAVOR, LEA Y FIRME ESTE CONSENTIMIENTO antes de completar esta solicitud -
NO HE PEDIDO Y NO VOY A PEDIR NINGUNA OTRA AYUDA DURANTE LAS NAVIDADES CON OTRA ORGANIZACIÓN. Certifico que toda la información que proporcioné en esta solicitud es correcta, y entiendo que puede ser verificada con otras organizaciones que proveen asistencia a familias durante las Navidades. También doy mi consentimiento al Henrico Christmas Mother para verificar mi información con Servicios Sociales o con otras agencias pertinentes. Doy mi consentimiento a las escuelas públicas del Condado de Henrico para entregar al Henrico Christmas Mother el estado de inscripción de mis hijos. Acepto asumir toda la responsabilidad de todos los aspectos de mi participación en el programa de Henrico Christmas Mother y liberar al Henrico Christmas Mother de cualquier daño que pueda sufrir por ello.

► Fecha: _____ Firma: _____ ◀

Su nombre: _____ Fec. Nac.: _____ SSN (últimos 4): _____
(Apellido) (Nombre) (I) Mes/Día/Año

Dirección: _____ Apto #: _____ Ciudad/Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Sexo: _____

Las siguientes dos preguntas son solo para fines informativos. Usted no está obligado a responder y sus respuestas no afectaran su elegibilidad para recibir nuestros servicios. Encierre en un círculo todas las que correspondan.

Raza/Origen étnico
[Blanco] [Negro/Afroamericano] [Latino o Hispano] [Asiático] [Nativo Americano] [Oriente Medio/Norte de África] Otra _____
Prefiero no contestar

Idioma principal usado en su hogar:
Inglés Español Árabe Otra (especificar) _____ Prefiero no contestar

Proof of Henrico Residency:

Office Use Only

Listado de otros adultos en su hogar:

Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	SSN (últimos 4)	Relación Suya	SSN
1							☐
2.							☐

¿Los niños en la lista son suyos? _____ Si no es así, ¿tiene usted custodia? ____ ¿Alguno es de cuidado de crianza? _____

Listado de niños que viven con usted *Fecha de nacimiento* *(office use)*

Apellido	Nombre	Sexo	m/d/año	Edad	SSN (últimos 4)	Nombre de la escuela	SSN	BC
1							☐	☐
2.							☐	☐
3.							☐	☐
4.							☐	☐
5.							☐	☐

Enumere a los niños adicionales que viven con usted en un formulario de solicitud por separado

▼ INGRESO BRUTO MENSUAL DEL HOGAR (antes de impuestos) ▼

Tipo de ingresos	Mensual	Empleador o Trabajadora Social	Teléfono	For Office Use Only
Su salario	\$			Ck. Stub:
Salario del adulto #2	\$			Ck. Stub:
Seguro Social	\$			For Whom:
Discapacidad (SSI)	\$			Person Disabled:
Otros ingresos	\$			From:
TOTAL	\$			
Cantidad de TANF/ SNAP	\$			Verification:

▼ LAS SOLICITUDES NO SE ACEPTARÁN POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO ▼