



Every one. All ways.

APLICACION PARA DISTRIBUCION DE FONDOS (COVID -19)

Agencia de Referencia _____ Yo ____ Persona de Contacto _____ Tel# _____ Fecha _____

Aplicante _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio (calle) _____ (correo) _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____

Padre Soltero () Familia Intacta () Tercera Edad () Discapacitado () Adulto ()
de hijos _____ N/A ____ Edades _____ Total # en la familia _____

Ingreso Mensual \$ _____ Section 8 () _____ Renta \$ _____

Fuente de Ingreso: Trabajo () Cal Works () SSI () SS () Desempleo () Food Stamps () Other ()

Nombre de Empleador _____ Tel # _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Cobertura Medica: Medical _____ Dental ____ No _____ Vision ____ No _____

Explicacion de su necesidad (usar parte trasera de ser necesario) _____

Otros recursos tomados? Si, explicacion: _____ No Aplica _____

Cantidad requerida: \$ _____ Beca () Prestamo () Para: _____

Aprobado () Cantidad \$ _____ Beca \$ _____ Prestamo \$ _____ Iniciales: _____ Check# _____

Denied () Motivo: _____ Fecha: _____

Beneficiario del Cheque: Nombre _____ Tel. _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Favor de completar por aplicante: Yo otorgo permiso a West Marin Community Services para contactar cualquier organizacion para agilizar el procesamiento de esta aplicacion, tambien otorgo mi consentimiento para compartir informacion necesaria para recibir asistencia. Esta aplicacion ha sido completada y revisada por mi.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Toda informacion es confidencial. No se garantiza que la aplicacion sea aprobada.