



**HUTTO RESOURCE CENTER**  
SUPPORT • DIRECTION • ASSISTANCE

# HUTTO RESOURCE CENTER

## Formularia de Solicitud de Asistencia

512-759-0784  
www.HuttoResourceCenter.org  
info@HuttoResourceCenter.org

### INSTRUCCIONES

- Los solicitantes deben tener residencia dentro de los límites del Distrito Escolar Independiente de Hutto.
- Las solicitudes podrán ser sometidas solamente una vez cada seis meses.
- Favor de incluir copias de todas las cuentas/facturas por las cuales se solicita la asistencia.
- Estaremos en contacto con usted dentro de siete días laborales después de haber recibido su solicitud.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD/ZIP Hutto, TX 78634

TELEFONO (HOGAR) \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**Estado de Empleo/Ingreso:**  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Jubilado  Parente/Cuidador Casero  
 Temporáneamente incapaz de trabajar  Desempleado  Deshabilitado/SSI  Otro \_\_\_\_\_

**Seguro de salud:**  Suficiente Cobertura  Insuficiente Cobertura  Sin Cobertura

**Información de Co-Solicitante (Cónyuge/Compañero/a):** NOMBRE \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**Estado de Empleo/Ingreso:**  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Jubilado  Parente/Cuidador Casero  
 Temporáneamente incapaz de trabajar  Desempleado  Deshabilitado/SSI  Otro \_\_\_\_\_

**Seguro de salud:**  Suficiente Cobertura  Insuficiente Cobertura  Sin Cobertura

### Please indicate the assistance you are requesting:

- Electricidad Compañía \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Pago \_\_\_\_\_
- Agua Compañía \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Pago \_\_\_\_\_
- Gas Compañía \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Pago \_\_\_\_\_
- Otro Compañía \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Pago \_\_\_\_\_
- Otro Compañía \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Pago \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Ha recibido algún aviso de desconexión de servicios públicos? \_\_\_\_\_

Explicación de su lucha financiera (proceda a la página dos (2) si necesita más espacio):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Corriente Ingreso Mensual Total de Hogar: \$ \_\_\_\_\_ # Total de Personas en el Hogar: \_\_\_\_\_

Edades de todas las personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)/Compañero(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Estado de Vivienda:  Inquilino  Dueño de Casa  Habita con Amigos/Familiares  Otro

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Ha sometido a nosotros alguna solicitud para asistencia en el pasado?  Sí  No  No estoy seguro

Si lo ha hecho, favor de indicar las fechas: \_\_\_\_\_

Firma(s) del Solicitantes(s) \_\_\_\_\_



**La siguiente información es opcional. Proporcionar esta información podría permitirnos acceder a fondos adicionales para ayudarlo o identificar referencias a otros recursos de la comunidad para los cuales puede ser elegible.**

**Algunas preguntas nos ayudan a obtener fondos o a planificar programas de apoyo en la comunidad.**

¿Ha tenido algún miembro de la familia un diagnóstico de cáncer?  Sí  No

Si así es, favor de indicar el tipo(s) de cáncer: \_\_\_\_\_

¿Es veterano algún miembro de la familia?  Sí  No

**Afiliación Étnica/Racial de los miembros de la familia** (esta información no podría ayudar a calificar para becas/donaciones)

Indio Americano/Alaska  Isleño Asiático/Pacífico  Negro/Africano Americano  Hispano/Latino  
 Blanco/Cáucaso  Otro \_\_\_\_\_

**Favor de identificar cualquiera de las siguientes programas o servicios que le interesa:**

Clases de Inglés/Español  Manejo de Tensión  Presupuesto/Manejo de Finanzas  Consejería

Grupo de Apoyo para Pacientes de Cáncer  Grupo de Apoyo para Cuidadores

Grupo Cooperativo para Veteranos

Otro \_\_\_\_\_

**Comentarios o preguntas:**