



HUTTO RESOURCE CENTER
SUPPORT • DIRECTION • ASSISTANCE

HUTTO RESOURCE CENTER

Formularia de Solicitud de Asistencia

512-688-0162
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

Por favor indique la asistencia que está solicitando:

- 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/Espanol 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: