



HUTTO HAS HEART

Formulario de Solicitud de Asistencia

512.759.0784
www.huttohasheart.org
huttohasheart@gmail.com

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 _____

TELEFONO (HOGAR) _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO _____

Estado de Empleo/Ingreso: Tiempo Completo Tiempo Parcial Jubilado Pariente/Cuidador Casero
 Temporáneamente incapaz de trabajar Desempleado Deshabilitado/SSI Otro _____

Seguro de Salud: Suficiente Cobertura Insuficiente Cobertura Sin Cobertura

Información del Co-Solicitante (Cónyuge/Compañero/a) NOMBRE _____

CELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

Estado de Empleo/Ingreso: Tiempo Completo Tiempo Parcial Jubilado Pariente /Cuidador Casero
 Temporáneamente incapaz de trabajar Desempleado Deshabilitado/SSI Otro _____

Seguro de Salud: Suficiente Cobertura Insuficiente Cobertura Sin Cobertura

Favor de describir la forma de asistencia que está solicitando:

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------|-------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | Compañía _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha de Pago _____ |
| <input type="checkbox"/> Agua | Compañía _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha de Pago _____ |
| <input type="checkbox"/> Gas | Compañía _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha de Pago _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | Compañía _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha de Pago _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | Compañía _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha de Pago _____ |
| <input type="checkbox"/> 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 del 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 Solicitante(s) _____



La siguiente información es opcional. Proporcionando esta información podría permitirnos acceso a fondos adicionales para ayudarle o identificar referencias a otros recursos comunitarios para los cuales usted podría ser elegible.

Algunas preguntas nos ayuda a obtener fondos o planear programas de ayuda 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 nos 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: