



Solicitud de Asistencia Financiera

Año: _____

Lugar: _____
Participante: _____
Guardian: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Email: _____

Algún miembro de su familia: (Se necesita documentación)

- Trabaja tiempo completo, medio tiempo o por temporadas
- Espera trabajar algún periodo durante el próximo año?
- Vive en Vivienda Pública o recibe asistencia de renta de Sección 8?

Recibe o espera recibir alguna de las siguientes:

- Asistencia pública (welfare)?
- Beneficios dedesempleo?
- Manutención de menores?
- Manutención matrimonial?
- Seguro Social u otros beneficios de retiro?

Se requieren copias de los siguientes artículos, si es aplicable:

1. Identificación con fotografía (copia de los tutores primarios y secundarios, si es aplicable)
2. Estado de cuenta del ingreso mensual de cada miembro del hogar
3. Documentos de asistencia publica (TANF, tarjetas snap, SS, WIC, desempleo)
4. Otros documentos de ingresos (manutención de menores, manutención matrimonial, etc.)
5. Carta de Servicios de Familia de custodia para niño/niños adoptivas

Si usted esta presentando una solicitud en nombre de un niño o niños de crianza temporal proporcione los documentos #1 y #5 mencionados anteriormente. Si deseasolicitar asistencia para otros miembros del hogar que no sean niños de crianza temporal (ejem. hijos biological, nietos, etc.), debe presentar una solicitud por separado y proporcionar el ingreso total de su hogar junto con copias de todos los documentos aplicables listados arriba (documents #1 a #4 anteriormentos mencionados)

Miembros de la Familia (Nombre y apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual Esto no es requerido para niños adoptivos
Ingresos Familiares Totales			

Yo/Nosotros certificamos que la información proporcionada sobre los miembros del hogar y los ingresos es exacta y completa a mi/nuestro saber y entender. Yo/Nosotros entendemos que las declaraciones o información falsa son castigadas por la ley. Yo/nosotros también entendemos que las declaraciones o información falsa son fundamentos para la terminación de la asistencia. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios, la Ciudad de Las Vegas u otros funcionarios gubernamentales verifiquen esta información. En caso de que los ingresos cambien debido a matrimonio, divorcio, nacimientos, defunciones, ascensos, despido, etc., debe proporcionar la documentación debida y estados de cuenta actualizados en (10) días hábiles para la recertificación de ayuda financiera.

 Firma del Adulto Responsable _____
 Fecha

STAFF USE ONLY

Coordinator Recommendation ____ Approve ____ Deny ____ % \$ _____

Name/Signature of Coordinator: _____