



La Fecha: _____

Recomendación de: _____

Servicio Necesario: _____

Community Action of Laramie County

(8-07)

1. Nombre (Ultimo, Primero, Inicial del Medio Nombre)		2. Dirección Postal (Calle, Apartado#, Ciudad, Código Postal, etcétera)		
3. Residencia, si diferente que dirección postal	4. Número de Teléfono		5. Telefono Alternativo	

6. COMPLETE TODA LA INFOMACIÓN ABAJO POR TODAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED. Le enumere primero.

Nombre (Ultimo, Primero, Inicial Medio)	Parentesco (Cónyuge Niño, Etc.)	Edad	La Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Educación El ultimo grado	Minus- válido	Veterano	Seguro Médico Si o No
	Usted								
SSN# [NUMERO DE SEGURO SOCIAL]									
SSN#									
SSN#									
SSN#									

Estado Civil: Casado ___ Enviudar ___ Divorciado ___ Separado ___ Soltero ___ Soltero con Niño(s) ___

****Por favor rellene el reverso****

TODOS LOS INGRESOS DOMÉSTICOS POR EL ULTIMO NOVENTA DIAS

Miembro de la Casa	Patrón	Ocupación	Salario por horas	Pago mensual	La Fecha Empezar	La Fecha Terminar

OTRAS FUENTES DE INGRESOS POR TODOS MIEMBROS DOMÉSTICOS

A.F.D.C. POWER \$	Sellos por Comida \$	Seguro Social/SSI/SSDI \$	Pensión/Jubilación \$	La Pensión de Manutención para Los Hijos \$	Desempleo \$
Indemnización de Los Trabajadores \$	Beneficios para Veteranos \$	Beca de Estudios/Préstamos \$	Ahorros/Cuenta Corriente \$	IRS Reembolso/ Fecha \$	Per Capita \$
Mercadería por Indios \$	Otro \$	WIC Y/N	Vivienda Utilidad Mesada \$	Suplemento de Estado \$	

ACTUAL INFORMACIÓN DE VIVIENDA

<input type="checkbox"/> Propietario de una vivienda <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> Sin techo <input type="checkbox"/> Arandatario <input type="checkbox"/> Que no paga renta <input type="checkbox"/> Traslado	Dueño _____ Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
	Hipoteca _____ Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____

ACTUAL O MEDIO EXPENSAS MENSUALMENTE DE LA CASA

La Renta/Hipoteca: \$	Terreno de Alquiler: \$	Desalojo: \$	Luz/Gas: \$	Agua: \$	Aviso cerrado: \$	Phone: \$
Cable: \$	Guardería: \$	Pago por automóvil: \$	Seguro de automóvil: \$	Alquilar para apropiar: \$	Honorarios Legal/Multas Legal: \$	Medical: \$
Protección a la infancia: \$	Préstamo de pago a plazos: \$	Préstamo Personal: \$	Tarjeta de crédito: \$	Préstamo estudiantil: \$	Reparación de coches: \$	Otro: \$

Por este medio declaro que la información en este formulario es cierto, correcto, y completo según mi entender. Toda la información aquí de mi familia, de mis ingresos, y de mis activo es correcto en la día de firmando este formulario. Me doy cuenta que si la información es falso, no tengo derecho a ayuda.

Firma de Cliente

La Fecha

Firma de Gerente de Caso (Testigo)

CALC Application 8-07 in Spanish

La Fecha