



Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Caucásico \_\_\_\_\_ Afroamericano \_\_\_\_\_ Asiático

\_\_\_\_\_ Amerindio \_\_\_\_\_ Isleño del Pacífico

Etnica: \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino

**Nombres del todo en casa y las edades:**

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

Total número de personas en casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_

Email/Dirección del correo electrónico: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Empleador actual: \_\_\_\_\_

Empleador anterior: \_\_\_\_\_

**Recursos totales de ingresos de los hogares (incluye todos los que se aplican):**

Empleo: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Retiro / Jubilación: \$ \_\_\_\_\_

Ayuda para vivienda: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

SSA: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Discapacidad: \$ \_\_\_\_\_

Medicaid: \$ \_\_\_\_\_

WIC: \$ \_\_\_\_\_

Vale de comida: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Anualidades: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos totales: \$ \_\_\_\_\_ (mensual / anual)



Número del Caso: \_\_\_\_\_

¿Por qué está preguntando por ayuda?

---

---

---

¿Qué servicio necesita ayuda para pagar?

---

Nombre del dueño / la información de contacto (si alquiler):

---

Numero de cuenta (si utilidad):

---

¿Ha usado Link to Hope antes? Sí / No

En caso afirmativo ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién te refirió a nosotros / cómo nos encontraste?

---

¿Ha visitado a su administrador del municipio? Sí / No

¿Cuál es su afiliación a la iglesia? \_\_\_\_\_

¿Está abierto a las clases de presupuesto o gestión del hogar? Sí / No

¿Buscará ayuda de otras agencias? Sí / No

---

---

---

**\*Por favor adjunta una copia de su identificación con foto, el contrato de arrendamiento, o la factura de servicios públicos si posible / aplicable\***

Estoy de acuerdo en permitir que esta información sea compartida con otras agencias que podrían ser capaces de ayudarme. La información proporcionada es verdad a lo mejor de mi conocimiento.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Notas para uso de la oficina sólo\***



**Phone: 574-941-2273**  
**PO BOX 221**  
**Plymouth, IN 46563**

**Comprensión para Recibir Caridad Benfit**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), entiendo que al recibir estos beneficios de cardid, han agotado estos recursos para el \_\_\_\_\_ año calendario.

Link to Hope funciona sólo en donaciones y trabaja diligentemente para proveer a tantas personas como sea posible. Ayudar a las personas más de dos veces al año, estamos permitiendo un problema continuo. Cursos sobre presupuesto y compras en el hogar están disponible simplemente indicando un interés para un voluntario de Link to Hope.

Link to Hope trabaja con las iglesias locales y el Ejército de Salvación. Estas entidades comunican con los otros y trabajan juntos para hacer cumplir la política de dos veces al año.

**Firma del Cliente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

**Firma de Link to Hope Representate:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

---

**\*Sólo para uso de la oficina\***

Case Number:

Address and Phone Number of Client:

All names client goes by:

What was these monies used for:

Other notes: