



WESTERN WAKE CRISIS MINISTRY (WWCM) FINANCIAL AID INTAKE FORM

Fecha del día de hoy: ___/___/___

Nombre: _____ Iniciales del segundo Nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Age: _____

Número de personas que viven en su casa: _____

Nombres de todos los adultos y/o niños que viven en su casa:

Nombre	Fecha De Nacimiento	RELACIÓN
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Por favor tenga lista y a la mano la siguiente información:

- Comprobante de domicilio. (Identificación con fotografía y que compruebe su dirección actual)
- Una fotocopia de su recibo vencido, recibo atrasado o notificación final. (Vivienda, servicios o prescripciones)
- Arrendamiento en caso de estar solicitando ayuda para renta.
- La documentación correspondiente a su situación actual. Esto puede incluir comprobante de desempleo, documentos médicos, comprobante de discapacidad, estimación para reparar su automóvil, reporte de la policía, documentos de la corte, comprobante de ingresos de los últimos dos meses etc. En caso de no estar seguro de lo que necesita, pregúntenos por favor.

Por favor describa brevemente los eventos que contribuyeron a la situación financiera por la cual está solicitando ayuda.

¿Cómo puede ayudarle Western Wake Crisis Ministry?

- Renta Servicios Otro (Sea específico): _____
- Prescripciones Recursos

Complete la hoja de atrás



HOJA DE CÁLCULO DE PRESUPUESTO

Categorías de ingresos de todos los que viven en la casa		
Ingreso mensual gracias al trabajo	\$	
Asistencia para los niños	\$	
Seguro Social	\$	
Discapacidad	\$	
Desempleo	\$	
Ingresos de otros en la casa	\$	
Ayuda para habitación	\$	
TANF	\$	
Work First	\$	
Estampillas de comida	\$	
Ingreso total	\$	

Gastos Mensuales		
Habitación		
Pago de Renta/Hipoteca	\$	
Seguro	\$	
Electricidad	\$	
Agua	\$	
Combustible para la calefacción (Gas propano)	\$	
Teléfono celular	\$	
Otros	\$	
Subtotal	\$	
Transporte		
Seguro para auto	\$	
Combustible para auto/gasolina	\$	
Otros	\$	
Subtotal	\$	
Salud		
Seguro médico	\$	
Medicinas	\$	
Doctor/Dentista/Optometrísta	\$	
Hospital	\$	
Otros	\$	
Subtotal	\$	
Préstamos/Deudas de tarjetas de crédito		
Préstamo para auto	\$	
Pagos de tarjetas de crédito	\$	
Préstamo educativo	\$	
Préstamo de instalación	\$	
Nota personal	\$	
Otros préstamos	\$	
Subtotal	\$	
Alimentos y otros gastos		
Comida	\$	
Otros	\$	
Subtotal	\$	
Gastos Total	\$	

Beneficios medicos

¿Recibe beneficios medicos?

- Medicare Medicaid
 Medicaid para niños
 Asegurancia privada
 Ninguno

¿Recibe otros beneficios?

- WIC
 Asistencia temporaria por workfirst
 Subsidio de cuidado de niños
 (asistencia para pagar el cuidado de sus niños)

Condición de vivienda

Por favor indique su condición de vivienda:

- Sin vivienda
 Vive en un albergue
 Se queda en un albergue de violencia doméstica
 Vivo con un familiar o amigo
 Tengo mi hogar permanente
 Propia Renta

¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual? _____

De _____ A _____

Western Wake Crisis Ministry (WWCM) es un apoyo para personas y familias en crisis. WWCM recopila información personal directamente de usted para ayudar a proporcionar los mejores servicios para satisfacer sus necesidades. Solo recopilamos la información que consideramos necesaria. La recopilación y el uso de toda la información personal se rige por estrictos estándares de confidencialidad. Almacenamos de forma segura esta información.

Declaración de confidencialidad

La información confidencial incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

- Información de identificación sobre el cliente, incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono
- Información relativa al domicilio del cliente
- Información sobre la situación que llevó al cliente a solicitar asistencia
- Información requerida para la elegibilidad de servicios tales como, entre otros, números de cuentas de servicios públicos, contratos de arrendamiento, información del arrendador, información de recetas e ingresos.

WWCM acepta no compartir información confidencial sobre mí con nadie fuera de la agencia, excepto cuando sea necesario para tomar una decisión responsable sobre mi solicitud de asistencia o según lo exija la ley por sospecha de abuso o negligencia de un menor o adulto vulnerable. La información confidencial del cliente nunca debe discutirse en presencia de terceros, excepto en los términos que se describen a continuación. Cualquier archivo y/o documento que contenga información confidencial nunca debe compartirse o divulgarse a terceros, excepto en los términos que se describen a continuación.

Declaración de derechos

Entiendo:

- Tengo derecho a ver cualquier información que WWCM tenga sobre mí.
- Puedo negarme a proporcionar cualquier información.
- Si me niego a proporcionar la información requerida para la elegibilidad, no podré participar en el servicio.
- Si me niego a proporcionar información opcional, los servicios que podría recibir pueden ser limitados.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito. Si se revoca el consentimiento, la información que se recopiló con el consentimiento permanecerá protegida en los archivos de WWCM; sin embargo, no se recopilará información nueva.
- Si proporcioné una dirección de correo electrónico, acepto permitir que WWCM me envíe información sobre los servicios.

Entiendo mis derechos y acepto que WWCM recopile y conserve mi información personal como se explicó anteriormente. Mi firma indica que toda la información que he proporcionado es veraz y completa a mi leal saber y entender.

Entiendo que si he dado información falsa o engañosa sobre mí o mi hogar, WWCM puede revelar esto a otras agencias y yo y mi hogar no podrá recibir servicios actuales o futuros de WWCM.

He leído las declaraciones anteriores. Entiendo los términos y condiciones de confidencialidad y mis derechos.

Declaración de consentimiento

Doy permiso a Western Wake Crisis Ministries para que se comunique con quien sea necesario para verificar las necesidades de asistencia mías y de mi hogar y ayudar a determinar mi elegibilidad y el monto potencial de asistencia, así como para buscar más recursos con respecto a mi solicitud de asistencia. Este permiso incluye, pero no se limita a, propietarios, proveedores de servicios públicos u otros servicios, proveedores médicos y farmacias.

He leído la declaración anterior y doy mi consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____