



Foundation Hope and Life USA 2017 Emergency Assistance Application

Please fill out all information completely. If it does not apply, write "N/A"

Confidential

* DATE: _____

* Name (Adult applicant): _____ (Middle): _____ (Last): _____

* Age: _____ * SS# _____ * Birth date: _____ * ID# _____

* Name (Father/Mother): _____ (Middle): _____ (Last): _____

(Applicant information, parent, guardian, custodian or legal representative)

Age: _____ SS# _____ Birth date: _____ ID# _____

* Address: _____ * How long at current address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

* Home phone: _____ * Cell phone: _____ Work phone: _____

* E-mail: _____ Fax: _____

* **Mother's Employer:** _____ Employer's phone: _____

Employer's address: _____

* **What is your occupation:** _____ ?

Applicant's marital status: Single Married Divorced Separated

* **Father's Employer:** _____ Employer's phone: _____

Employer's address: _____

* **What is your occupation:** _____ ?

Applicant's marital status: Single Married Divorced Separated

* **Diagnostic** _____ * **Date that was diagnosed** _____

(Bring copy of your diagnostic)

* **Institution where the patient is treated:** _____ **Contact Phone #:** _____

* **Contact Name:** _____

* Did you apply Last Year: _____ ? * **Person Responsible for paying Bill** _____

* **Additional Household Members "Family" Includes people related by birth, marriage, or adoption who live together:**

Full Name	Relationship	Date of Birth	Employed (IF 18 YEARS OR OLDER)	Also apply for financial assistance



Foundation Hope and Life USA

2017 Solicitud de Asistencia de Emergencia

Por favor llene toda la información completamente, si no se aplica, escriba "N/A"

Confidencial

*FECHA: _____

*Nombre (Solicitante adulto): _____ (2do Nombre): _____ Apellido): _____

*Edad: ____ SS # _____ *Fecha de Nacimiento: _____ * Identificación# _____

*Nombre (Padre/Madre): _____ (2do Nombre): _____ Apellido): _____

(Información del solicitante, padre, tutor, guardián o representante legal)

*Edad: ____ *SS # _____ *Fecha de Nacimiento: _____ * Identificación# _____

*Direccion: _____ *Cuánto tiempo en la dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Tel de Casa # _____ *Telefono Mobile # _____ Telefono de Trabajo # _____

*Correo Electronico: _____ Fax: _____

*Empleo de la Madre: _____ Telefono del empleo #: _____

*Direccion del empleo: _____

Que ocupación tiene: _____

*Estado civil del solicitante: Soltero Casado Divorciado Separado

*Empleo del Padre: _____ Telefono del empleo #: _____

*Direccion del empleo: _____

***Que ocupación tiene:** _____

*Estado civil del solicitante: Soltero Casado Divorciado Separado

*Nombre completo del Nino(a) _____ Sexo: M ___ F ___

*Edad: ____ SS # _____ Fecha de Nacimiento: _____ Identificación# _____

*Diagnóstico: _____ *Fecha del diagnostico _____

(Traiga copia del diagnóstico)

*Institución donde se trata _____ *Tel #: _____ *Contactar a _____

*Usted aplico el año pasado? _____ *Persona responsable de pagar facturas: _____

* (Miembros adicionales del hogar. "Familia" Incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven junto

Nombre Completo	Relación	Fecha de nacimiento	Empleado si es mayor de 18 años	Aplica a la ayuda

*Income and Expenses

*Monthly Family Income:

SS / SSI / SSDI: \$ _____
Employment Wages: _____
Pension: _____
Unemployment: _____
Food Stamps: _____
Workers Comp: _____
Short or Long Term Disability: _____
Child Support: _____
Alimony: _____
Investments: _____
Other income: _____
Total Income: \$ _____

*Monthly Expenses:

Rent/Mortgage: \$ _____ Mortgage balance: \$ _____
Electric/ Water / Gas: _____
Phone (Inc. cell, cable & internet) _____
Car payment: _____ Loan balance: \$ _____
Car insurance: _____ Type/year of vehicle: _____
Health/Life insurance: _____
Other insurance: _____
Food: _____
Medication: _____
Credit cards: _____ Credit card balance: \$ _____
Gas (auto): _____
Other: _____:
Other: _____:
Other loans _____:
Total expenses: \$ _____

*Ingresos y gastos

*Ingreso familiar mensual:

SS / SSI / SSDI: \$ _____
Salarios de Empleo: _____
Pensión: _____
Desempleo: _____
Cupones de alimentos: _____
Compensación de trabajo: _____
Discapacidad a corto o largo plazo: _____
Manutención de los hijos: _____
Pensión alimenticia: _____
Inversiones: _____
Otra entrada: _____
Ingresos totales: \$ _____

*Gastos Mensuales:

Renta/Hipoteca: \$ _____ Balance en la Hipoteca: \$ _____
Electricidad/ Agua / Gas: _____
Telefono (inc. Mobile, cable & internet) _____
Pago del Carro: _____ balance del préstamo: \$ _____
Seguro del Carro: _____ Tipo/año del vehículo: _____
Seguro de Salud/Vida: _____
Otros seguros: _____
Comida: _____
Medicina: _____
Tarjetas de Crédito: _____ Balance de tarjeta de crédito: _____
Gasolina (auto): _____
Otros: _____:
Otros: _____:
Otras deudas _____:
Total de Gatos: \$ _____

