

POR FAVOR, LEA Y FIRME ESTE CONSENTIMIENTO antes de completar esta solicitud - **NO HE PEDIDO Y NO VOY A PEDIR NINGUNA OTRA AYUDA DURANTE LAS NAVIDADES CON OTRA ORGANIZACIÓN.** Certifico que toda la información que proporcioné en esta solicitud es correcta, y entiendo que puede ser verificada con otras organizaciones que proveen asistencia a familias durante las Navidades. También doy mi consentimiento al Henrico Christmas Mother para verificar mi información con Servicios Sociales o con otras agencias pertinentes. Doy mi consentimiento a las escuelas públicas del Condado de Henrico para entregar al Henrico Christmas Mother el estado de inscripción de mis hijos. Acepto asumir toda la responsabilidad de todos los aspectos de mi participación en el programa de Henrico Christmas Mother y liberar al Henrico Christmas Mother de cualquier daño que pueda sufrir por ello.

► **Fecha:** _____ **Firma:** _____ ◀

(Apellido) (Nombre) (I) MM/DD/YYYY

Dirección: _____ Apto #: _____ Ciudad/Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Proof of Henrico Residency:

Office use only

Listado de otros adultos en su hogar:

	Apellido	Nombre	FDN	Edad	Sexo	Relación Suya	SSN (últimos 4)	
#2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
#3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

¿Los niños en la lista son suyos? _____ Si no es así, ¿tiene usted custodia? ___ ¿Alguno es de cuidado de crianza? _____

Listado de niños que viven con usted

<i>(office use)</i>								
Apellido	Nombre	Sexo	FDN	Edad	SSN (últimos 4)	Nombre de la escuela	SSN	BC
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▼ **INGRESO BRUTO MENSUAL (antes de impuestos)** ▼

Tipo de ingresos	Mensual	Empleador o Trabajadora Social	Teléfono	For Office Use Only
Su salario	\$ _____			Ck. Stub:
Salario del adulto #2	\$ _____			Ck. Stub:
Salario del adulto #3	\$ _____			Ck. Stub:
Seguro Social	\$ _____			For Whom:
Discapacidad (SSI)	\$ _____			Person Disabled:
Manutención de los hijos	\$ _____			Name of Child:
Otros ingresos	\$ _____			From:
TOTAL	\$ _____			
TANF	\$ _____			Verification:
Cantidad de SNAP	\$ _____			Verification:

▼ **EXPLIQUE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA ESPECIAL QUE LE GUSTARÍA QUE SUPIÉRAMOS:** ▼