

**▼ READ and SIGN CONSENT before completing this application ▼**

**I HAVE NOT and WILL NOT ask for Christmas help from ANY other organization.** I certify that all the information I provided in this application is accurate, and I understand that it may be verified with other organizations assisting families at Christmas. I also give consent to the Henrico Christmas Mother to make inquiries of Social Services or other agencies to verify my information. I give consent to Henrico County Public Schools to release to the Henrico Christmas Mother my child's enrollment status. I agree to assume full responsibility for all aspects of my participation in the Henrico Christmas Mother Program and release Henrico Christmas Mother from any damages which I may sustain thereby.

► **Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ ◀

Your Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ SSN (Last 4): \_\_\_\_\_   
(Last Name) (First Name) (MI) MM/DD/YYYY  
 Address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ City/County: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

*For the 2 questions below, please circle all that apply. Note that answering will not affect eligibility. You are not required to answer.*

Race/Ethnicity:  
 [White] [Black/African American] [Latino/Hispanic] [Asian] [Native American] [Middle Eastern/North African] Other \_\_\_\_\_ [Prefer not to say]

Primary Language:  
 English Spanish Arabic Other (specify) \_\_\_\_\_ Prefer not to say

Proof of Henrico Residency:  
 \_\_\_\_\_  
 Office Use Only

**List Below Other Adults in the Household:**

Last Name	First Name	Sex	Date of Birth	Age	SSN (Last 4)	Relationship to you	SSN
1							<input type="checkbox"/>
2.							<input type="checkbox"/>

▼ **Are the children listed yours?** \_\_\_\_\_ **If not, do you have custody?** \_\_\_\_\_ **Are any from Foster Care?** \_\_\_\_\_ ▼

**List of Children Living with You**

								<small>(office use)</small>	
Last Name	First Name	Sex	Date of Birth	Age	SSN (Last 4)	Name of Current School	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"/>	

List Additional Children Living with You on a separate Application Form

**▼ GROSS MONTHLY INCOME (before taxes) ▼**

Income Type	Monthly	Employer or Caseworker	Phone #	For Office Use Only
Your Wages	\$			Ck. Stub:
Adult #2 Wages	\$			Ck Stub:
Social Security	\$			For Whom:
Disability (SSI)	\$			Person Disabled:
Other Income	\$			From:
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>			
(circle applicable) TANF/SNAP Amt	\$			Verification:

▼ **EXPLAIN ANY SPECIAL CIRCUMSTANCES YOU WOULD LIKE US TO KNOW ABOUT:**

**APPLICATION FORMS WILL NOT BE ACCEPTED VIA MAIL OR EMAIL**

**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:** \_\_\_\_\_ ◀

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ SSN (últimos 4): \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (I) Mes/Dia/Año

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_ Ciudad/Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Las siguientes dos preguntas son solo para fines informativos. Usted no está obligado a responder y sus respuestas no afectaran su elegibilidad para recibir nuestros servicios. Encierre en un círculo todas las que correspondan.

Raza/Origen étnico

[Blanco] [Negro/Afroamericano] [Latino o Hispano] [Asiático] [Nativo Americano] [Oriente Medio/Norte de África] Otra \_\_\_\_\_

Prefiero no contestar

Idioma principal usado en su hogar:

Inglés Español Árabe Otra (especificar) \_\_\_\_\_ Prefiero no contestar

Proof of Henrico Residency:  
\_\_\_\_\_  
Office Use Only

**Listado de otros adultos en su hogar:**

	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Relación Suya	SSN (últimos 4)	
#1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
#2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

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

Lista de niños que viven con usted

Fecha de nacimiento

(office use)

Apellido	Nombre	Sexo	m/d/año	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"/>

▼ **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:
Seguro Social	\$ _____			For Whom:
Discapacidad (SSI)	\$ _____			Person Disabled:
Otros ingresos	\$ _____			From:
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>			
(círculo aplicable) Cantidad de TANF/ SNAP	\$ _____			Verification:

**LAS SOLICITUDES NO SE ACEPTARÁN POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO**