

**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.

Raza/Origen étnico

Blanco Negro/Afroamericano Latino o Hispano Asiático Nativo Americano Otra (especificar) \_\_\_\_\_ 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)
#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? \_\_\_\_\_

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:
Salario del adulto #3	\$			Ck. Stub:
Seguro Social	\$			For Whom:
Discapacidad (SSI)	\$			Person Disabled:
Manutención de los hijos	\$			Name of Child:
Otros ingresos	\$			From:
<b>TOTAL</b>	\$			
TANF	\$			Verification:
Cantidad de SNAP	\$			Verification:

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