

SERVICIOS DE EXTENSIÓN DE DOBLE MONTAÑA
CENTRO DE DESARROLLO DE PEQUEÑAS EMPRESAS DE ASPERMONT, INC.
9660 U.S. 83 SOUTH ASPERMONT, TX 79502
Teléfono: (940) 989-3538 Fax: (940) 989-3445

SITIO WEB: www.doublemountainservices.com

Estimado solicitante:

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia del Centro de Desarrollo de Pequeñas Empresas de Aspermont, Inc. (**Servicios de Alcance de Double Mountain**). Complete esta solicitud y devuélvala a la dirección anterior:

ASEGÚRESE DE QUE ESTA APLICACIÓN:

1. Está firmado y fechado.
2. Proporciona un número de teléfono que funcione .
3. Incluye copias de los siguientes artículos: POR FAVOR, no envíe originales que pueda necesitar más adelante.
4. Se rellena por completo. **No deje espacios en blanco. Responde a todas y cada una de las preguntas.**

Si no se completa la solicitud o no se presentan los elementos en el recuadro a continuación, se producirán retrasos en el proceso de determinación de elegibilidad. Si no tiene todos los elementos necesarios para presentar la solicitud, llame a DMOS al (940) 989-3538 para que que podemos ayudarle **antes de** que devuelva la solicitud.

SÍRVASE PROPORCIONAR:

1. **Identificación con foto de todas las personas mayores de 18 años en el hogar.** (Licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, etc.)
2. **Comprobante de ciudadanía estadounidense para todos los miembros del hogar:** (Certificados de nacimiento, pasaporte de EE. UU., Tarjeta verde, Certificado de naturalización, Certificado de solicitante de asilo)
3. **Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar.**
4. **Comprobante de todos y cada uno de los ingresos del hogar durante los 30 días anteriores para cada adulto (mayor de 18 años).** Se requieren talones de cheques de pago o impresiones de nómina para los empleados. Se requieren declaraciones/cartas de adjudicación para el Seguro Social, SSI, TANF, pensiones de jubilación, beneficios de desempleo, pagos de veteranos (se necesitan todos y cada uno de los tipos de comprobantes de ingresos).
5. **PRUEBA DE MANUTENCIÓN DE MENORES DEL PROCURADOR GENERAL DE TEXAS:** NO envíe documentos de audiencia de divorcio o custodia de menores. Envíe una declaración de la Procuraduría General (puede obtenerla en línea). **MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS EN EFECTIVO:** Si recibe pagos en efectivo directamente de los padres de su hijo, tiene que declararlos utilizando un estado de cuenta que le proporcionaremos. Llámenos para obtener uno si no se incluyó uno con esta solicitud.
6. **COPIA DE LAS FACTURAS MENSUALES DE ELECTRICIDAD, GAS O PROPANO (todas las páginas, anverso y reverso). Si tiene un aviso de desconexión, envíelo también, pero un aviso de desconexión NO sustituye una factura mensual. ENVIARNOS UNA COPIA DE SUS FACTURAS MENSUALES VENCIDAS/ACTUALES NO ES UNA OPCIÓN, ES OBLIGATORIO.** Si está en 'facturación electrónica', AÚN debe proporcionarnos una copia de su factura mensual (puede enviarla por correo electrónico). Las solicitudes que no contengan copias de la factura/estado de cuenta/factura de servicios públicos actual/vencida se considerarán automáticamente como 'incompletas'.

Si hay alguien que vive en el hogar que tiene 18 años de edad o más que NO TIENE INGRESOS, debe llamar a ASBDC/DMOS y solicitar que se le envíe por correo/fax/correo electrónico un **FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE INGRESOS**, si aún no se adjunta uno aquí.

ADMISIÓN DE CLIENTES / SOLICITUD

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Correo electrónico:

Solicitante _____ Soc. Seguridad

Nombre Primero Apellido MI

Casa/Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento

Dirección postal: _____

Apartado de correos / Código postal

de la ciudad de

la calle

Dirección residencial (si es diferente de la anterior): _____

Encierra en un círculo el nombre del condado donde vives:

Haskell

Jones Kent Knox Stonewall Throckmorton

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS HOGARES

Tipo de hogar: Per a soltera Madre soltera / Mujer Padre soltero / Hombre

Hogar Dos Padres T Adultos/Sin Niños Adultos No acionados con Niños

Multigeneracional (3 o más generaciones juntas o abuelos criando nietos)

Personas sin hogar Otro (describir): _____

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

¿Eres dueño de tu casa? Sí No En cas firmativo: cas móvil particular/remolq RV/remolque de viaje

¿Alquilas tu casa? Sí No

Sialquilas: Vivienda pública/subsidiada: apar hento (alquiler bajo) ca (alquiler bajo)

Vivienda privada: c a, a móvil, apartar hto, habitació lquilada

Otro (Explique): _____

Monto del alquiler: \$ _____ por mes

¿Están incluidos los servicios públicos de electricidad o gas?

Sí No

Nombre del arrendador: _____ Teléfono: _____

Dirección del arrendador: _____

EQUIPO MÉDICO: ¿Tiene equipo médico de soporte vital (eléctrico) en su hogar? Algunos ejemplos serían las máquinas de diálisis renal, los concentradores de oxígeno o los monitores cardíacos, etc. **Encierra en un círculo tu respuesta: SÍ o NO**

CON RESPECTO A ALGUIEN QUE VIVE EN SU HOGAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA: ¿Un profesional médico ha prescrito que la temperatura/clima en su hogar se mantenga a un cierto nivel, debido a la condición médica? **CÍRCULO: SI o NO**

Fecha de envío por correo del personal: _____ Purpose: _____

Información de devolución: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA INDIVIDUAL: **Haga una lista de todas las personas (incluyéndolo a usted)** que viven en el hogar y responda cada pregunta sobre ellas. **SIN ESPACIOS EN BLANCO.**

<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR</p> <p>+</p> <p>Relación con el solicitante</p> <p>(yo, cónyuge, pareja, hijo, nieto, hijastro, hijo adoptivo, primo, hermano, sobrina, sobrino, tío, tía, padre, novio, novia, prometido o cualquier término que se aplique)</p> <p>VEA LA NOTA A CONTINUACIÓN</p>	<p>Social</p> <p>Seguridad</p> <p>Número:</p>	<p>EDA</p> <p>D:</p>	<p>Fecha de Nacimiento:</p>	<p>G</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>R</p>	<p>Raza:</p> <p>**1. Indio Amer o nativo de Alaska o esquimal/aleutiano</p> <p>2. Asiático</p> <p>3. Negro o Afroamericano</p> <p>4. Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico</p> <p>5. Blanco</p> <p>6. Otro</p> <p>7. Multi-Raza</p>	<p>Origen étnico:</p> <p>1. De origen hispano, latino o español</p> <p>2. NO es de origen hispano, latino o español</p>	<p>Educación:</p> <p>1. Grado 0-8</p> <p>2. Grados 9-12</p> <p>3. Grado HS</p> <p>4. 12º grado + algo de Post Sec</p> <p>5. 2 o 4 años de edad universitaria</p> <p>6. Escuela de posgrado</p>	<p>Estatus Militar:</p> <p>1. Activo</p> <p>2. Veterano</p> <p>3. Nunca Servido</p>	<p>Deshabilitado:</p> <p>Sí</p> <p>o</p> <p>No</p>	<p>Enumere todos los tipos de seguro médico que tiene cada miembro. Si no hay ninguno, escriba "ninguno".</p> <p>Medicaid, Medicare, CHIPS, State Health Ins. Para adultos, militares, compra directa por usted o compra directa por parte de su empleador para usted</p>

** A los efectos de la presentación de informes por parte del gobierno federal, si elige identificarse como "indio americano/nativo de Alaska", esto se refiere a una persona que "mantiene activamente la afiliación tribal y/o la participación en la comunidad tribal". Con respecto a las RELACIONES: Si necesita orientación, llame a DMOS para obtener otros ejemplos de relaciones familiares. (No hay espacio aquí para enumerar todas las posibilidades que podrían aplicarse).

ESTADO LABORAL E INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA ADULTOS (EDAD 18+) RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE CADA ADULT (sin espacios en blanco).

<p>Nombre del miembro del hogar:</p>	<p>Nombre del miembro del hogar:</p>
<p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 hrs+ por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menores de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: Explique _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 hrs+ por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 hrs por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menores de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Retired</p> <p><input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>
<p>Tipo de ingreso:</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión en efectivo o VA Manutención de los hijos (monto \$ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gral. Manutención de Menores</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo/trabajos ocasionales Trabajadores por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> TANF sin ingresos</p> <p>Otro: Explique _____</p>	<p>Tipo de ingreso:</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión en efectivo o VA Manutención de los hijos (monto \$ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gral. Manutención de Menores</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo/trabajos ocasionales Trabajadores por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> TANF sin ingresos</p> <p>Otro: Explique _____</p>

<p>Beneficios no monetarios:</p> <p><input type="checkbox"/> NAP (apnesones de alimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> WIC (en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Asistencia de Vivienda</p> <p style="padding-left: 20px;">Explicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Explique: _____</p>	<p>Beneficios no monetarios:</p> <p><input type="checkbox"/> NAP (apnesones de alimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> WIC (en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Asistencia de Vivienda</p> <p style="padding-left: 20px;">Explicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Explique: _____</p>
<p>Descripciones para el estado laboral: "<u>Jubilado</u>" generalmente significa una persona mayor cuya carrera laboral ha terminado y generalmente recibe una pensión privada, Seguro Social, etc. "<u>No está en la fuerza laboral</u>" significa alguien que no está trabajando durante ningún período de tiempo y no está buscando trabajo, como un estudiante, ama de casa, trabajo familiar no remunerado, etc.</p> <p>"<u>Desempleado a largo o corto plazo</u>" significa alguien que está buscando trabajo activamente. Llame a DMOS si tiene preguntas sobre el estado laboral, los ingresos o cualquier otra cosa.</p>	
<p>INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ADULTO: ¿Hay un adulto en el hogar que recibe ingresos en nombre de un niño en el hogar? ____yes ____no</p> <p>En caso afirmativo, ¿para qué hijo y qué tipo de ingresos? Algunos ejemplos podrían ser SSI, beneficios por fallecimiento de la SS para un padre fallecido/discapacidad, etc. Se detalla en el espacio en blanco a continuación.</p>	

ESTADO LABORAL E INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA ADULTOS (EDAD 18+) RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE CADA ADULT (sin espacios en blanco).

<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 hrs+ por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menores de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: Explique _____</p>	<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 hrs+ por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 hrs por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menores de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Retired</p> <p><input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>
---	---

<p>Tipo de ingreso:</p> <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI <input type="checkbox"/> Pensión en efectivo o VA Manutención de los hijos (monto \$ _____) <input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gral. Manutención de Menores <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo trabajos ocasionales Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> TANF sin ingresos Otro: Explique _____	<p>Tipo de ingreso:</p> <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI <input type="checkbox"/> Pensión en efectivo o VA Manutención de los hijos (monto \$ _____) <input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gral. Manutención de Menores <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo trabajos ocasionales Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> TANF sin ingresos Otro: Explique _____
<p>Beneficios no monetarios:</p> <input type="checkbox"/> NAP (apnesones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (en inglés) <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería <input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda) <input type="checkbox"/> Otra Asistencia de Vivienda Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Otros Explique: _____	<p>Beneficios no monetarios:</p> <input type="checkbox"/> NAP (apnesones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (en inglés) <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería <input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda) <input type="checkbox"/> Otra Asistencia de Vivienda Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Otros Explique: _____
<p>Descripciones para el estado laboral: "Jubilado" generalmente significa una persona mayor cuya carrera laboral ha terminado y generalmente recibe una pensión privada, Seguro Social, etc. "No está en la fuerza laboral" significa alguien que no está trabajando durante ningún período de tiempo y no está buscando trabajo, como un estudiante, ama de casa, trabajo familiar no remunerado, etc. "Desempleado a largo o corto plazo" significa alguien que está buscando trabajo activamente. Llame a DMOS si tiene preguntas sobre el estado laboral, los ingresos o cualquier otra cosa.</p>	
<p>INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ADULTO: ¿Hay un adulto en el hogar que recibe ingresos en nombre de un niño en el hogar? ____yes ____no En caso afirmativo, ¿para qué hijo y qué tipo de ingresos? Algunos ejemplos podrían ser SSI, beneficios por fallecimiento de la SS para un padre fallecido/discapacidad, etc. Se detalla en el espacio en blanco a continuación.</p>	

INFORMACIÓN DE UTILIDADES

Proveedor de servicio eléctrico: _____ Cuenta #: _____

Calefacción/Frío/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta: _____ Relación con usted: _____

Proveedor de gas natural: _____ Cuenta #: _____

Calefacción/Frío/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta: _____ Relación con usted: _____

¿Paga su propia factura de AGUA? **SÍ o NO** En caso afirmativo, el proveedor de agua es:

Nombre en la cuenta: _____ Parentesco: _____ Cuenta #: _____

INFORMACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO (Si usa más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que use).**¿Qué tipo de aires acondicionados utilizas en este momento?** Unidad central enfriador evaporativo ("pantano") Unidad de ventana**¿Cuántos aires acondicionados utilizas?** _____ **¿Funciona el aire acondicionado?** _____**¿Cuántos años tiene tu aire acondicionado?** _____**INFORMACIÓN DE CALENTAMIENTO** (Si usa más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que use).**¿Qué tipo de calefacción utilizas en este momento?** Calefacción central eléctrica (sin gas) Calefacción central (utiliza tanto gas como electricidad) Calentadores eléctricos Calentador de pared a gas (montado en la pared) Estufa o chimenea de leña Calentador de espacio de gas o chimenea de gas

Por favor, explique cualquier otro método de calentamiento:

¿Cuántos años tiene su calentador? _____ **¿Funciona la calefacción?** _____

La siguiente sección es SOLO para usuarios de propano que tienen propano ENTREGADO DIRECTAMENTE A SU HOGAR EN CAMIÓN.

La palabra "tanque" se refiere a un tanque grande colocado permanentemente en su jardín, **NO A BOTELLAS O BOTES PORTÁTILES.**

Empresa de entrega de propano: _____ Do usted es el dueño del tanque? Sí _____ No _____

¿Cuál es la lectura de su medidor de propano en el momento de esta solicitud? _____% (tanque, no botellas)

¿Cuál es el tamaño del galón de su tanque de propano? (Encierre en un círculo uno) 100 150 250 500 (tanque, no botellas)

¿Usas propano de un tanque para cocinar? Sí _____ no _____ For calentador de agua? Y es _____ No _____

¿Calienta su casa con un (tanque) de propano? En caso afirmativo, marque con un círculo debajo de CÓMO calienta su hogar.

Calentador de espacio de propano Calentador de pared de propano La unidad central utiliza tanto propano como electricidad

C CERTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN

1. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
 1. *La informacion proveida en esa forma es correcta segun mi mayor enendimiento.*
2. Los ingresos de mi hogar han sido anualizados, en el momento de mi solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
 2. *Los ingresos de mi hogar han sido calculados anualmente segun los regulamentos preescritos por la agencia.*
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o la demora en la prestación del servicio.
 3. *Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decicion que me afectan, tales, como:el eligibilidad al programa, asistencia recibida o tardanze de asistencia.*
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a sus agencias contratadas a solicitar/verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y/o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida en que la información se utilice solo para proporcionar datos.
 4. *Utorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futures para luz y gas cuando la informacion se usa para reporter data estadistica.*

PERMISO DEL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy permiso a Double Mountain Outreach Services, para compartir y / o asegurar cualquier información necesaria. También otorgo permiso a Double Mountain Outreach Services para que se comunique con otras personas u organizaciones con el fin de proporcionar servicios y recursos en mi nombre. Entiendo que esta información se compartirá o protegerá solo de manera profesional mientras protejo mi derecho a la confidencialidad. Autorizo a esta agencia a ponerse en contacto con cualquier persona, organización estatal o gubernamental, agencia de asistencia, empleador, arrendador o proveedor de servicios públicos que deba procesar mi solicitud y asegurar la información en el expediente de mi caso, incluidos los registros educativos y estudiantiles.

Al firmar a continuación, entiendo que el personal de Double Mountain Outreach Services / ASBDC y los recursos de referencia tendrán acceso a mis registros.

SOY CONSCIENTE DE QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO.

COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSO O INCORRECTA.

* _____
Applicant's Signature / Firma de Solicitante

* _____
Date / Fecha

Cuestionario de evaluación de necesidades

La siguiente encuesta nos permite saber cuáles son las necesidades más importantes que su familia está experimentando actualmente. En función de sus respuestas, esta información se utilizará para identificar mejor con qué recursos conectarlo. Además, la información se recopilará para su uso futuro en un informe de evaluación de las necesidades de la comunidad que estará disponible para el público. Su nombre e información personal no estarán relacionados con las respuestas que proporcione en esta encuesta. ¡Gracias de antemano por su participación!

Coloque una n X o una marca de verificación en la casilla paramostrar que usted o su familia necesitan un artículo en particular:

Dominio/Categoría	Necesidades	No, no es necesario	Sí, es necesario	Uso/Referencia de la Oficina
Empleo	Ayuda para encontrar trabajo			
	Ayuda para encontrar capacitación en habilidades laborales para ganar mejores salarios			
	Información sobre las clases de GED			

Educación	Asistencia para asistir a una escuela o universidad de oficios/técnicos (libros de texto, matrícula)			
	Cuidado de niños para que los padres puedan asistir a la escuela o al trabajo			
Generación de Ingresos y Activos	Remisión al Seguro Social, Discapacidad (SSDI), TANF, SNAP, etc. para solicitar			
	Asistencia con metas financieras y ser autosuficiente			
	Educación financiera/clases de presupuesto/reparación de crédito			
Vivienda	Ayuda para pagar el alquiler (como un aviso de desalojo)			
	Información sobre ubicaciones de viviendas para personas de bajos ingresos			
	Ayuda con las facturas de servicios públicos (electricidad, gas o propano)			
	Ayuda con las reparaciones / reemplazo de aparatos de calefacción o refrigeración que no funcionan			
	Ayuda con un aviso de desconexión de agua			
	Programa de Asistencia de Climatización: ayuda a que mi hogar sea más eficiente energéticamente al evitar que el aire se escape o entre en mi hogar (llame al 940-633-0852)			
Salud y Desarrollo Social del Comportamiento	Ayuda para obtener un examen de la vista y anteojos			
	Ayuda para obtener un examen y tratamiento dental			
Salud y Desarrollo Social del Comportamiento	Necesidades	No, no es necesario	Sí, es necesario	Uso/Referencia de la Oficina
	Asistencia con medicamentos recetados			
	Ayuda con las vacunas			
	Derivación a servicios de salud mental			
	Talleres de educación nutricional / alimentación saludable (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, etc.)			

	Comidas preparadas (para personas de 65+ años o discapacitados/discapacitados)			
	Alimentos para su familia (por ejemplo, caja de despensa de alimentos)			
	Información sobre programas de adicción al alcohol y las drogas			
Otras necesidades	Transporte para mandados, citas médicas y más			
	Ayuda para ser referido al Fiscal General para recibir asistencia con la manutención de los hijos (llame al 800-252-8014)			
	Información sobre cómo encontrar ayuda para necesidades legales (penales, civiles, otras)			
	Información para veteranos: necesidades médicas, de capacitación y de otro tipo			

Otras necesidades no enumeradas anteriormente:

* _____
Fecha de firma

* _____

