



****POR FAVOR DE ENVIAR SOLICITUDES COMPLETAS A:**
Centro Campesino Farmworker Center, Inc.
C/O Nancy Lopez
P.O. Box 343449
Florida City, FL 33034

PRE-APLICACIÓN

NOMBRE: _____ # DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 números) _____

DE TELEFONO: _____ NUMERO DE TELEFONO ALTERNATIVO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

DIRECCION DONDE RECIBE CORREO: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

CONDADO: _____ ¿ES USTED UN VETARANO? SI _____ NO _____

TRABAJADOR AGRICOLA: SI _____ NO _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____ GENERO: MASCULINO: _____ FEMENINO: _____

RAZA:

____ NEGRO / AFRO AMERICANO ____ BLANCO ____ NATIVO AMERICANO
____ HISPANO / LATINO ____ ASIATICO ____ OTRO:(FAVOR ESPECIFIQUE): _____

TIPO DE HOGAR (SELECCIONE UNO): INDIQUE # DE MIEMBROS FAMILIARES CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

____ PROPIETARIO _____ PERSONAS MAYORES (60 años o más)
____ MOBILE ____ CASA _____ DESABILITADO (es requerido enviar comprobante)
____ INQUILINO DE CASA MOVIL _____ NIÑOS (menores de 2 años)
____ MOBILE ____ CASA _____ NIÑOS (3 a 5 años)
____ _____ _____ NIÑOS (6 a 12 años)

CANTIDAD TOTAL ADEUDADA EN SU CUENTA DE LUZ A PAGAR EN EL MOMENTO DE APLICAR: \$ _____

NOBRE DE SU COMPANIA DE LUZ: _____ NUMERO DE CUENTA: _____

¿USTED HA SIDO REFERIDO POR EL PROGRAMA DE LIHEAP? _____ SI _____ NO

Por favor ponga sus iniciales:

____ Entiendo que esta es la solicitud inicial y que **para poder completar el proceso, se requiere enviar fotocopias de la identificación y seguro social de la persona considerada cabeza de hogar, seguros sociales de cada persona que vive dentro del hogar, comprobante de pago o ingreso de cada una de las personas que trabajan en el hogar, comprobante o certificado de discapacidad si alguien en mi hogar esta deshabilitado, y copia del ultimo recibo o factura de luz.**

____ Yo comprendo que se dará cierta prioridad para recibir los servicios y el lugar en el que estoy en la lista puede ser modificado dependiendo el puntaje de las otras aplicaciones, El puntaje total mío, puede ser ajustado o cambiado basado en los documentos revisados por la agencia.

FIRMA DE CLIENTE

FECHA

POR FAVOR AGREGUE SU INGRESO ANNUAL EN BRUTO

EMPLEO \$ _____ RETIRO/PENSION \$ _____
DESEMPLEO \$ _____ T.A.N.F. \$ _____
SEGURO SOCIAL \$ _____ INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) \$ _____
OTRO \$ _____

INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA \$ _____