

# SHARE-A-CHRISTMAS 2020 — CONDADO DE TUSCARAWAS

Por favor, escriba en letra de molde. ¡Las solicitudes incompletas serán rechazadas!  
Devuelva la solicitud a la oficina de T4C, por correo electrónico o con matasellos del correo antes del 10/15/2020.  
No se aceptarán solicitudes tardías.

1) SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial medio)

2) DIRECCIÓN: Calle y apartamento \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
TELÉFONO ALTERNATIVO \_\_\_\_\_

3) ESCRIBA NOMBRES, EDADES, RELACIÓN DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

(Escriba primero el nombre del solicitante. Usted necesita tener custodia legal de cada niño que necesita ayuda y el niño tiene que vivir en su casa. Escriba más nombres en la parte posterior de esta hoja.)

APPELLIDO(S)	NOMBRE	EDAD	RELACION AL SOLICITATE	¿SE NECESITA AYUDA? (Si o No)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

FAMILIA PIDE:

Ropa: Sí [ ] No [ ]

Comida: Sí [ ] No [ ] (Le dirán a cuál despensa ir).

Juguetes: Sí [ ] No [ ] (para niños menores de 12 años)

Usted no escogerá los juguetes. (Voluntarios los escogerán y empa-carán de antemano.)

4) NÚMERO TOTAL PIDIENDO AYUDA (incluya la lista de atrás) \_\_\_\_\_

5) USTED RECIBE AYUDA ALIMENTICIA DEL CONDADO DE TUSCARAWAS? Sí [ ] No [ ] AMOUNT RECEIVED \$ \_\_\_\_\_

¿RECIBE SU HIJO ALMUERZO GRATIS/REDUCIDO EN LA ESCUELA? Sí [ ] No [ ]

6) ESCRIBA LOS INGRESOS Y LAS FUENTES DE TRABAJO PARA TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR:

NOMBRE	INGRESO MENSUAL (después de impuestos)	FUENTE DE INGRESO (nombre de compañía)	TOTAL DE INGRESO MENSUAL PARA PERSONAS QUE PIDEN AYUDA:
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

7) EXPLIQUE POR QUÉ NECESITA AYUDA DEL PROGRAMA **SHARE-A-CHRISTMAS** EN 2020 (Escriba en la parte posterior si sea necesario):

Esta información es verdad precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa para obtener cualquier beneficio puede ser una actividad criminal que puede resultar en el rechazo de mi solicitud o puede prohibir que me considere para obtener ayuda en el futuro.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

(NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA.)

DETERMINATION: ACCEPTED [ ] DENIED [ ]

HELP AWARDED 2020: CLOTHING \_\_\_\_\_ TOYS \_\_\_\_\_ FOOD \_\_\_\_\_

7/23/20