



Assistance Application Form Formulario de Solicitud de Asistencia

Applicant Information / Información del solicitante

Preferred Language/¿Language Preferido? _____

Applicant 's Name (Last, First, Middle) Nombre del solicitante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Email Address/ Correo electrónico		
Home Phone Number/Número de teléfono (casa)		Cell Phone Number/ Número celular		
Physical Address/ Dirección donde reside	City/ Ciudad	County/ Condado	State/ Estado	ZIP (Código postal)
Mailing Address (Street or P.O. Box) <i>Dirección postal (Calle o P.O. Box)</i>	City/ Ciudad	County/ Condado	State/ Estado	ZIP (Código postal)

Household información/Información del Hogar
Household Family includes: All person related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership living under one roof who have income, food and/or rent, and may include dependents away at school.
Hogar/Familiar a incluye: Toda la familia de sangre, matrimonio, adopción legal o pareja doméstica, unión libre viviendo bajo un techo y que comparten ingresos, comida/renta, y puede incluir dependientes (estudiantes) que viven fuera de casa.

Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in your household.
 Llene la primera línea con sus datos personales. Llene las líneas restantes con los datos de todas las personas que viven con usted.

Name (Last, First, Middle) <i>Nombre (Apellido, Nombre Completo)</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Applying? Yes/No <i>Aplicando? Si/No</i>	DOB <i>Fecha de nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>	Sex <i>Sexo</i>	Race <i>Raza</i>	Ethnicity <i>Etnicidad</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>
(1)	Self <i>Yo mismo</i>							
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								
(8)								

Race / Raza	Ethnicity / Etnicidad	Marital Status/ Estado Civil
W- White / Blanca B- Black/Negra declarada/Desconocida A- Asian/ Asiatico OPI- Other Pacific Islander/Otra Isla del Pacifico	MOR- More than one race/Mas de una raza U- Unreported/Unknown/No AI- American Indian / Indio Americano AN- Alaskan Native/Nativo de Alaska	LH- Latino or Hispano NH- Not Hispanic S- Single/Soltero/a M- Married/Casado/a D- Divorced/Divorciado/a SP- Seperated/Separado/a W- Widowed/Viudo/a DP- Domestic Partner/Libre Union



List All of the Household 's Income/ Anote todos los ingresos de la unidad familiar:

Name of person receiving income (18 years and older) <i>Nombre de la persona que recibe ingresos (18 años y mayores)</i>	Source of the income <i>Fuente del ingreso</i>	Amount received <i>Cantidad recibida</i>	How often is the income received? (Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly) <i>¿Con que frecuencia recibe el ingreso? (Semanal, cada quincena, dos veces por mes, mensual)</i>
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. **Golden Experiences** reserves the right to verify and determine the validity of all documents presented with your application. Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving assistance.

Tenga en cuenta que seguimos las Guías Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los Estados Unidos para el año en curso, para determinar su elegibilidad. **Golden Experiences** reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados junta con su solicitud. La falsificación de información o documentación lo descalificarán de recibir asistencia.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTE COMPLETA Y CORRECTA

I declare that all information is true and correct. I further agree to notify Golden Experiences of any changes in this information within ten (10) days of such change.

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto notificar a Golden Experiences sobre cualquier cambio de información dentro de los diez (10) días de cuando el cambio ocurrió.

Applicant Signature /Firma del solicitante

Date / Fecha