



**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA
FORMULARIO DE FACTURACIÓN DE CONSUMO / FACTURACIÓN DEL
CLIENTE**

Certifico que mi familia actualmente está experimentando una necesidad de emergencia de asistencia con vivienda, servicios públicos, necesidades médicas y / o necesidades básicas.

Al aceptar asistencia a través de Metrocrest Services, doy mi consentimiento para que esta declaración se correlacione con todas las agencias participantes a fin de asegurar el uso más efectivo de los fondos disponibles.

NOMBRE: _____
APELLIDO PRIMER MI

SS# NUMERO: _____ Fecha de Nacimiento _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE

CIUDAD CODIGO POSTAL

TELEFONO: _____
DIA NOCHE

COMPañIA DE UTILIDADES: _____

NUMER DE CUENTA: _____

PROPIETARIO / COMPañIA HIPOTECARIA: _____

NUMERO DE CUENTA: _____

OTRO: _____

NUMERO DE CUENTA: _____

Autorizo a Metrocrest Services a solicitar / verificar información sobre mi historial de pagos, facturación y consumo, tanto pasados como futuros, con el fin de determinar la elegibilidad del programa.

Esta declaración se utilizará solo para el propósito establecido y Metrocrest Services la conservarán para sus registros.

NOMBRE (IMPRIMIR) FIRMA DEL CLIENTE FECHA

FIRMA DE TRABAJADORA SOCIAL FECHA

Serving Carrollton, Farmers Branch, Addison, Coppell, and city of Dallas in Denton County