



13801 Hutton Drive., Suite 150  
 Farmers Branch, TX 75234  
 (972)446-2100  
[www.metrocrestservices.org](http://www.metrocrestservices.org)

# SOLICITUD DE ASISTENCIA

Sirviendo a Carrollton, Farmers Branch, Addison, Coppell, y código postal 75287 en el condado de Denton.

**Metrocrest Services proporciona asistencia de emergencia a corto plazo para mejorar la situación de vida de los residentes. La veracidad de la información recibida de parte suya, ayudara a determinar si y como rapidamente podemos ayudar a su familia.**

Fecha \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_ Client Case #: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL CLIENTE: A estado usted aqui antes? Sí  No  Si a estado aqui antes, cuando? \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ # del edificio \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Nombre De Apt. \_\_\_\_\_

Subsidiado (Sección 8, asistencia de vivienda, HUD, etc.)? Sí  No

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Telefono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Licencia de Manajar \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Comenzando por su nombre, por favor enumere todas las personas que viven en el hogar ya sea relacionado o no:

Nombre	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Es usted Hispano/Latino	Raza (vea abajo)	Grado Terminado	Relacion al cliente
<b>Usted</b>				Sí No			<b>Usted</b>
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			

Para RAZA, por favor use los siguientes codigos:  
 W = Blanco(a)      B = Negro/ Africano Americano      BW = Negro/Africano Americano y Blanco  
 A = Asiatico      AW = Asiatico y Blanco      NH = Nativo Hawallano/Otra Isla Pacifica  
 AI = Indio Americano/Nativo Alaskan      AIW = Indio Americano/Nativo Alaskan y Blanco      AIB = Indio Americano/Nativo Alaskan y Negro/ Africano Americano  
 O = Otro Grupo Multi-Racial

En breve diga que necesidades tiene:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique por que necesita ayuda ahora o que crisis lo llevo a venir a esta agencia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es veterano? Sí  No  Es discapacitado? Sí  No

Esta usted tomando algun medicamento? Sí  No ; Si es asi, para que? \_\_\_\_\_

Hable usted ingles? Sí  No  Otro idioma (s) hablado \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí  No

En caso negativo, ¿está autorizado para trabajar en los Estados Unidos? Sí  No

Tiene mal record criminal? Sí  No  En caso afirmativo, explique? \_\_\_\_\_

¿Estás aquí para servicios de empleo? Sí  No

¿Ha completado cursos para capacitación laboral? Sí  No

¿Va a buscar formación laboral para ayudar a aumentar su situación laboral? Sí  No

¿Qué tipo de posición buscas? Tiempo completo  Tiempo parcial  Temporal

Esta trabajando? Sí  No

Si no, la última fecha que trabajo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Año

Tiempo completo  Tiempo parcial

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Año

¿Has trabajado allí por más de 6 meses? Sí  No

Información de empleo actual o última:

Empleador: \_\_\_\_\_

Título del trabajo: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \_\_\_\_\_ Número de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Motivo del abandono (si está desempleado): \_\_\_\_\_

En los últimos 3 meses, ¿tiene actualmente un presupuesto personal, un plan de gastos o un plan financiero que siga? No  Si

¿Qué tan seguro está usted en su capacidad para lograr una meta financiera que usted mismo ha fijado hoy?

No en absoluto  Algo  Muy

Si usted tuvo un gasto inesperado o alguien en su familia perdió un trabajo, se enfermó o tuvo otra emergencia, ¿qué tan seguro está usted de que su familia podría llegar con dinero para llegar a fin de mes durante 3 meses?

No en absoluto  Algo  Muy

¿Tiene actualmente un depósito automático o transferencia electrónica establecida para poner dinero para un uso futuro (como ahorros, jubilación o educación)?

No  Si

En los últimos 3 meses, ¿diría que el gasto de su familia en gastos de vida fue menor que su ingreso total? No  Si

En los últimos 3 meses, ¿ha pagado una cuota atrasada por un préstamo o factura? No  Si

Le han ayudado otras agencias? Si  No  Si es así, que agencias? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Metrocrest Services funciona de acuerdo con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Tejas, que prohíbe discriminación a base de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, creencia política, o origen nacional.

**Los números de Seguro Social no son requeridos para recibir comida, alquiler y servicios públicos.**

Metrocrest Services tiene mi permiso de intercambiar información concerniente a mis circunstancias con otras agencias de servicios humanos. Yo entiendo que esta forma puede ser verificada. Yo entiendo que la conducta inapropiada puede resultar en la pérdida de los servicios.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# MANEJO MENSUAL DE SUS INGRESOS/GASTOS

## Ingresos

Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_  
 Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 Le pagan: Semanal  Quincenal  Mensual   
 Pago antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_  
 Pago despues de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

## Trabajo Adicional

Ingresos adicionales? (otro trabajo) Si  No   
 Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_  
 Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 Le pagan: Semanal  Quincenal  Mensual   
 Pago antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_  
 Pago despues de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

## Ingresos De Su Pareja

Trabaja su pareja (si aplica) Si  No   
 Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_  
 Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 Le pagan: Semanal  Quincenal  Mensual   
 Pago antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_  
 Pago despues de impuestos \$ \_\_\_\_\_

## Trabajo Adicional De Su Pareja

Ingresos adicionales? (otro trabajo) Si  No   
 Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_  
 Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 Le pagan: Semanal  Quincenal  Mensual   
 Pago antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_  
 Pago despues de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

## Otras Fuentes de Ingresos BENEFICIOS

Beneficios de desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Quincenal \$ \_\_\_\_\_  
 Compensacion de Trabajador: \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia se recibe? \_\_\_\_\_  
 Manutencion de Menores: \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia se recibe? \_\_\_\_\_  
 Asistencia en efectivo/TANF: \$ \_\_\_\_\_  
 Estampillas de Comida: \$ \_\_\_\_\_

## Seguro Social/ Beneficios por Discapacidad

Quien recibe los beneficios?	Cantidad que recibe
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Completo sus impuestos este ano? Si  No   
 Cuanto recibio? \_\_\_\_\_  
 Pensiones/Dividendos \_\_\_\_\_  
 Cuenta de Cheques? Si  No  Cuenta de Ahorros? Si  No   
 Otras inversiones? \_\_\_\_\_  
 Cuanto dinero tiene en ahorros? \_\_\_\_\_

INGRESOS TOTAL: \$ \_\_\_\_\_

## Gastos de hogar

Renta \$ \_\_\_\_\_  
 Seguridad de Casa \$ \_\_\_\_\_  
 Electricidad \$ \_\_\_\_\_  
 Gas \$ \_\_\_\_\_  
 Agua / alcantarillado / basura \$ \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa y celular) \$ \_\_\_\_\_  
 Cable / Internet \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Transporte

Pago del Auto \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Auto \$ \_\_\_\_\_  
 Gasolina \$ \_\_\_\_\_  
 Tarifa de autobús / tren \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Salud

Seguro de Salud \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida \$ \_\_\_\_\_  
 Prescripciones \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Gastos de comida

Comestibles \$ \_\_\_\_\_  
 Cenar fuera / Comer fuera \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Obligaciones

Préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_  
 Apoyo a los hijos \$ \_\_\_\_\_  
 Tarjetas de crédito \$ \_\_\_\_\_  
 Cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_

## Gastos personales

Servicio de lavandería / tintorería \$ \_\_\_\_\_  
 Ropa \$ \_\_\_\_\_  
 Cuidado de Pelo / Uñas \$ \_\_\_\_\_  
 Artículos para el hogar \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Diverso

Membresías / Suscripciones \$ \_\_\_\_\_  
 Diezmos \$ \_\_\_\_\_  
 Regalo / Caridad \$ \_\_\_\_\_  
 Ahorros \$ \_\_\_\_\_  
 Impuestos \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Gastos inesperados

Préstamos de Día de Pago / Préstamos de Título  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

GASTOS TOTAL \$ \_\_\_\_\_