



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	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Es usted Hispano/Latino	Raza	Nombre de escuela y grado termin	Relacion al cliente
<i>Ejemplo ejemplo</i>	F	25	10/10/1993	Sí No	H	Turner HS 11 <sup>th</sup> grado	Usted
				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)	A = Asiatico	AI = Indio Americano/Nativo Alaskan	O = Otro Grupo Multi-Racial
B = Negro/ Africano Americano	AW = Asiatico y Blanco	AIW = Indio Americano/Nativo Alaskan y Blanco	
BW = Negro/Africano Americano y Blanco	NH = Nativo Hawallano/Otra Isla Pacifica	AIB = Indio Americano/Nativo Alaskan y Negro/ Africano Americano	

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  Si

¿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 opera de acuerdo con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, que prohíbe la discriminación a base de raza, color, sexo, edad, discapacidad, 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 para intercambiar información sobre mis circunstancias con otras Agencias de Servicios Humanos. Entiendo que la información en este formulario puede ser verificada. Entiendo que un comportamiento inadecuado puede resultar en la pérdida de servicios.

1. Soy un miembro de la familia que vive en la dirección provista y, en nombre de la familia, solicito alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia de Emergencia para Alimentos.
2. Toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, según mi leal saber y entender, verdadera y correcta, y
3. Si corresponde, la información provista por el Representante autorizado del hogar (como se indica a continuación o como se autoriza en una página aparte) también es, según mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

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

Cash Rapido/Préstamos de Título \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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