



La fecha de la aplicación:	
La Iglesia o Agencia:	El numero de teléfono
Correo Electrónico	

El Nombre del Cliente:	
El numero de telefono del cliente:	
Otras versiones posibles de nombre:	
Numero de Seguro Social:	
Numero de identificacion <i>(si no tiene numero de seguro social):</i>	
Fecha de Nacimiento:	
Direccion:	Ciudad <input type="checkbox"/> Condado <input type="checkbox"/>
Cuanto tiempo ha vivido en esta direccion:	
La cantidad de habitaciones en la casa or apartamento:	
Direccion anterior <i>(incluye la ciudad y estado):</i>	
El nombre de empleador:	
Cuanto tiempo lleva trabajando:	
El nombre del ultimo trabajo:	
Las fechas del ultimo trabajo:	
Afiliación con una iglesia:	

Nombre Del Esposo(a): <i>(incluye compañero de cuarto o pareja)</i>	
Numero de Seguro Social:	
Numero de identificacion <i>(si no tiene numero de seguro social):</i>	
Fecha de nacimiento:	
El nombre de empleador:	
Cuanto tiempo lleva trabajando:	

Otras Personas En La Casa *(viviendo en la casa no mencionado(a) arriba):*

Nombre <i>(Incluye el nombre y apellido)</i>	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos totales	Fuente de Ingresos

Fecha de rechazar: _____	Fecha de Aprobacion: _____	Cantidad Aprobada: _____
--------------------------	----------------------------	--------------------------



Aplicación de asistencia de emergencia (solamente residentes del condado de Franklin)

Fuente de Ingreso/Asistencia	Cantidad	
Ingresos mensuales del cliente después de impuestos	\$	Aplicaciones de apoyo de ROSM <u>DEBEN</u> incluir copias de comprobantes correspondientes al ultimo mes. (DEBEN incluir a todos los miembros del hogar que estén empleados)
Ingresos mensuales después de impuestos de esposo(a) <i>(incluye compañero de cuarto o pareja)</i>	\$	
Ingresos mensuales después de impuestos de otros contribuyendo al hogar	\$	
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <i>(nota el nombre de recipiente)</i>	\$	Nombre:
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <i>(nota el nombre de recipiente)</i>	\$	Nombre:
Cliente/Esposo Seguridad Seguridad Social	\$	
“Kentucky Transitional Assistance Program (K-TAP)” “Programa de Asistencia Transicional de Kentucky”	\$	
Tarjeta de Medicaid/Tarjeta de Medicare/Tarjeta de seguro médico	si no	Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> tarjeta de seguro médico <input type="checkbox"/>
Los beneficios de desempleo	\$	Fecha en que los terminarán:
Regalos Monetarios <i>(por ejemplo, dinero de familia, amigos, o iglesia)</i>	\$	Cantidad recibida en los ultimos 30 días
Ingresos de manutención de menores juicio cantidad	\$	Cantidad recibida en los ultimos 30 días
Otros recursos de dinero <i>(nota la cantidad y el tipo)</i>	\$	Tipo:
Vales de Comida <i>(No Incluido en Total)</i>	\$	elegible <input type="checkbox"/> inelegible <input type="checkbox"/>

Gastos Mensuales (Promedio Mensual)	Cantidad	Fuente
Alquiler/Alquiler de lote/Hipoteca <i>(circule uno)</i>	\$	Propietario: tel. #:
Electricidad	\$	Proveedor de servicio: Cuenta #:
Agua	\$	Proveedor de servicio: Cuenta #:
Alcantarilla/Sewer	\$	Proveedor de servicio: Cuenta #:
Gas (calefaccion) o Propane <i>(circule uno)</i>	\$	Proveedor de servicio: Cuenta #:
Televisión por cable o por satélite	\$	Proveedor de servicio: Cable <input type="checkbox"/> Satélite <input type="checkbox"/>
Internet	\$	Proveedor de servicio:
Celular	\$	Proveedor de servicio:
Teléfono de casa	\$	Proveedor de servicio:
Cuidado de niños	\$	Guardería/ Niñera:
Seguro de vehículo	\$	Frecuencia <i>(mensualmente/trimestral/6 meses/anualmente):</i>
Seguro medical (incluyendo medicare)	\$	Frecuencia <i>(mensualmente/trimestral/6 meses/anualmente):</i>
Seguro de vida	\$	Frecuencia <i>(mensualmente/trimestral/6 meses/anualmente):</i>
Seguro de propietario o de alquiler	\$	Frecuencia <i>(mensualmente/trimestral/6 meses/anualmente):</i>
Costo de la medicina de rutina <i>(mensual)</i>	\$	
Pago de manutención de menores	\$	
Matricula	\$	Seleccione uno: mensualmente semestre
Tarjeta de crédito/préstamo	\$	Institución: Para que:
Tarjeta de crédito/préstamo	\$	Institución: Para que:
Comida <i>(no incluye vales de comida)</i>	\$	
Gasolina <i>(para transporte)</i>	\$	
Otros gastos	\$	Para que:



Aplicación de asistencia de emergencia (solamente residentes del condado de Franklin)

Tipo de asistencia necesitada (por favor seleccione uno):		
Alquiler – <i>para que mes:</i>	Es su nombre en el contrato de arrendamiento?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Deposito de Alquiler	Es su nombre en el contrato de arrendamiento?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Utilidades	Está el recibo de las utilidades a su nombre?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Deposito de Utilidades	Está el recibo de las utilidades a su nombre?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Medicina (nombre, dosis, frecuencia)		
Otros – <i>por favor escribe:</i>		
<p>\$ _____ - \$ _____ = \$ _____</p> <p>Cantidad de Asistencia Necesitada Cantidad que el solicitante puede proveer Cantidad pedida a ROSM</p>		

Explicación de circunstancias de emergencia requieren para asistencia de ROSM (sea específico(a)) (Ejemplos de documentos requeridos: reportes de la policia, recibos médicos, reparos de vehículo)

1. Yo certifico que toda la informacion anterior es verdadera y precisa.
2. Al determinar si aprobaron mi caso, doy mi consentimiento para que el personal de ROSM se ponga en contacto, en mi nombre, con el administrador de mi propiedad, la empresa de servicios publicos, o cualquier otra agencia para obtener informacion pertinente a mi caso.

Nombre del cliente (por favor imprimir)

Firma del cliente

Esta solicitud fue tomada por teléfono por la persona de contacto de la iglesia / agencia la persona que aparece en la página uno. Las declaraciones anteriores fueron acordadas por el cliente vía teléfono.