

Solicitud de ayuda directa para el Sobrevivientes de la inundación de Condado de Lake

Nombre Completo: _____

Dirección donde ocurrieron los daños: _____

Dirección actual: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Cuál es su necesidad inmediata? Comida Ropa Vivienda

Comentarios: _____

Se requiere una prueba de que esta era su residencia principal en el momento de la inundación Por favor incluya lo siguiente:

- Una copia de una identificación con foto, por ejemplo su licencia de conducir
- Prueba de residencia, Como uno de los siguientes (debe incluir su nombre y dirección de residencia dañado):
 - Fractura de un servicio público
 - Una cuenta de cable, satélite o de internet
- Prueba que esta dirección era su residencia principal en el momento de la inundación; Esta es la dirección que utilizas en su declaración de impuestos federales, su registro de votante y su licencia de conducir; copia de su contrato de alquiler.

Explique brevemente cómo fueron afectados por la inundación de Lakeport del 2017. ¿Fue destruida su residencia principal?

¿Ha sido su casa etiquetada de rojo? Si No

¿Cuál es su situación de vivienda actual? ¿Necesita ayuda con una vivienda segura y sanitaria provisional o refugio?

¿Hay algo más ¿quieres contarnos acerca de su situación o circunstancias?

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la solicitud completo via correo electrónico a: Imagallon@ncoinc.org
Entregue en persona en el 850 Lakeport Blvd CA 95453 o por correo a 413 N State St., Ukiah CA 95482
Para más información llame al (707) 467.3200x200 www.ncoinc.org

**Por favor tome un momento para completar esta información demográfica.
NCO utilizará estos datos para fines de administración su respuesta no afectará su elegibilidad.**

¿Cuántas personas están en su casa? Adultos: ___ niños: Total ___ en ___ hogar									
Relación con la persona primaria Cónyuge/pareja/hijos/Etc.	Primer nombre y apellido	Género - M o F	Fecha de nacimiento	Latino	Raza AA = África americano W = Blanco NA = Nativos americanos A = Asia O = Otros Señor = Carrera multe	Matrimonio Estado Civil NM = Nunca se casó con M = Casado D = Divorciado S = Separados W = Viuda	TIENES ¿SEGURO DE SALUD?	¿ES USTED DISCAPACITADO?	EDUCACIÓN 0-8 9-12 y no graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12 + algo de Universidad 2 años graduado. Graduado de 4 años.
<i>Del uno mismo</i>		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	
		M/F		S/N			S/N	S/N	

VIVIENDA DE TIPO FAMILIAR MILITAR/OTRO – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN CON NOMBRE						
<input type="checkbox"/>	Sola persona	<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>	MILITAR/veterano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hogar de dos padres	<input type="checkbox"/>	Comprando	<input type="checkbox"/>	Granjero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Madre soltera	<input type="checkbox"/>	Alquilando	<input type="checkbox"/>	Trabajadores agrícolas de temporada	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Adultos sin niños	<input type="checkbox"/>	Personas sin hogar	<input type="checkbox"/>	No habla nada de inglés	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Adultos y niños	<input type="checkbox"/>	Vive temporalmente con amigo/familiar	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Otros: _____	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	<input type="checkbox"/>		

Fuente (s) de ingreso y beneficios (favor indicar Cuántos miembros de su familia recibirán cada fuente)					
<input type="checkbox"/>	Sin ingresos	<input type="checkbox"/>	Ayuda de asistencia pública/General	<input type="checkbox"/>	Granja / trabajo de otras Ag de migrantes
<input type="checkbox"/>	Beneficios de veterano	<input type="checkbox"/>	TANF	<input type="checkbox"/>	SSI - (65 años o mayores/discapacitados)
<input type="checkbox"/>	Desempleo	<input type="checkbox"/>	Pensión/jubilación	<input type="checkbox"/>	Otros: _____
<input type="checkbox"/>	Seguro social	<input type="checkbox"/>	Empleo FT / PT		_____
<input type="checkbox"/>	CALWORKS	<input type="checkbox"/>	Otros Trabajo: _____	<input type="checkbox"/>	CRV - reciclaje

Total ingreso anual bruto (por favor seleccione uno)							
<input type="checkbox"/>	\$0-\$10.999	<input type="checkbox"/>	\$11.000-\$14.999	<input type="checkbox"/>	\$15.000-\$19.999	<input type="checkbox"/>	\$20.000-\$24.999
<input type="checkbox"/>	\$25.000-\$29.999	<input type="checkbox"/>	\$30.000-\$34.999	<input type="checkbox"/>	\$30.000-\$34.999	<input type="checkbox"/>	\$35.000-\$39.999
<input type="checkbox"/>	\$40.000-\$44.999	<input type="checkbox"/>	\$45.000-\$49.999	<input type="checkbox"/>	\$50.000-\$54.999	<input type="checkbox"/>	\$55.000-\$59.999
<input type="checkbox"/>	\$60.000-\$64.999	<input type="checkbox"/>	\$65.000-\$69.999	<input type="checkbox"/>	\$70.000-\$74.999	<input type="checkbox"/>	\$75.000 +

¿Desea más información sobre otros servicios de NCO para los cuales usted puede ser elegible? SI ___ No ___