

Client # _____

Acct. Dept. _____

Comal County Multi-Agency Resource Center Assistance Request Form*Please Print / Favor de escribir en letra de molde***PROCESSING OF THIS APPLICATION REQUIRES COMPLETION OF ALL REQUESTED INFORMATION AND YOUR SIGNATURE.**

El procedimiento de esta aplicación requiere que se complete toda la información requerida y que la aplicación tenga su firma.

Was your income affected by the COVID-19 closures? Yes/Sí No
Se vieron afectados sus ingresos de vido por el cierre COVID-19?

If yes, in what way? Loss of job Hours decrease
En caso afirmativo, de qué manera? Pérdida de trabajo Disminucion de horas

PROOF MUST BE PROVIDED/ PREVAS DEBEN DE SER PRESENTADAS

If documentation, from employer, is not available, what do you have as proof?

Si, usted no tiene pruebas de su empleador que pruebas tiene?

Name/Nombre Date of Birth/La Fecha de Nacimiento Spouse's Name/Nombre de Espos(a) Spouse's Date of Birth/ La Fecha de Nacimiento

Address/Domicilio Phone/Teléfono

City/Ciudad County/Condad State/Estado Zip Code/Coda Postal E-Mail Address/correo electrónico

African American/Africano-Americano **Asian/Asiático** **Caucasian/Anglo-Sajón** **Hispanic/Hispano**
Native American/Indígena **Other/Otro**

Please list all persons living in your household. Use backside if additional space is needed.

Name/Nombre de otra persona en casa	Male Hombre	Female Mujer	Age/Edad	Relationship/Relación	School/Escuela
Name/Nombre de otra persona en casa	Male Hombre	Female Mujer	Age/Edad	Relationship/Relación	School/Escuela
Name/Nombre de otra persona en casa	Male Hombre	Female Mujer	Age/Edad	Relationship/Relación	School/Escuela
Name/Nombre de otra persona en casa	Male Hombre	Female Mujer	Age/Edad	Relationship/Relación	School/Escuela
Name/Nombre de otra persona en casa	Male Hombre	Female Mujer	Age/Edad	Relationship/Relación	School/Escuela

List the name and telephone number of two (2) personal references, not living with you, that we may contact if necessary.
 De el nombre y teléfono de dos (2) referencias personales, que no viven con usted, y que podamos llamarles si es necesario.

REFERENCE NAME/Nombre de referencia:	PHONE NO./Tel	REFERENCE NAME/Nombre de referencia:	PHONE NO./Tel
--------------------------------------	---------------	--------------------------------------	---------------

Military Active Duty YES NO**Veteran** YES NO

Food Stamps: \$ TANF
Estampillas de comida

Your Occupation / Su ocupación Employer / Su empresario Work Phone / Teléfono de trabajo

Spouse's Occupation / Ocupación de Esposa/o Spouse's Employer Empresario de esposa/o Work Phone / Teléfono de trabajo

Annual Household Income Ingreso anual de hogar	Monthly Income	Saving Account Amount less than \$2,000 no budget sheet needed
---	----------------	---

What is the nature of your need at this time? Que necesidad tiene hoy?**Please describe in detail the circumstances that led to your situation.**

Describa en detalle las circunstancias que lo trajo a esta situación.

THROUGH WHAT OTHER CHANNELS HAVE YOU SOUGHT ASSISTANCE? En donde mas ha pedido asistencia?

Agency / Agencia	Assistance Rec'd / Asistencia recibida	Date / Fecha
Agency / Agencia	Assistance Rec'd / Asistencia recibida	Date / Fecha
Agency / Agencia	Assistance Rec'd / Asistencia recibida	Date / Fecha

Have you received assistance in the past? Ha recibido asistencia de aquí antes? Yes / Sí No

Date when assistance was received.

Fecha:

If yes, please explain reason(s) for previously requesting assistance / Explique el por cual pidió asistencia antes:

Authorization for Release of Records
Autorización para la Liberación de los Registros

TO WHOM IT MAY CONCERN / A QUIEN CORRESPONDA:

By signing below, I acknowledge and hereby certify that all the information provided on this application and information provided verbally is correct and true. I also acknowledge that any information given that is found to be false may disqualify me from consideration.

I, _____, hereby authorize Comal County Multi-Agency Resource Center to release, either verbally or in writing, any and all information, records, or documents pertaining to me to any individuals, organizations, or entities involved in giving programs or charitable work and former or present landlords and employers. Any person releasing said records is authorized to discuss those reports with such parties.

Al firmar, reconozco y certifico que toda la información surtida en esta aplicación y información surtida verbalmente es correcta y cierta. También reconozco que cualquier información surtida que se encuentra ser falsa puede descalificarme de ser considerado para recibir asistencia.

Yo, _____, la presente autorizo al Condado de Comal Agencia Múltiple la liberación, ya sea verbalmente o por escrito, de cualquier tipo de información, registros o documentos relativos a mí a todas las personas, organizaciones o entidades que participan en programas o actividades benéficas y antiguos o actuales terratenientes y empresarios. Toda persona que dice la liberación de los registros está autorizado a examinar los registros con esas partes.

Furthermore, Comal County Multi-Agency Resource Center is expressly authorized to obtain my records currently on file with any giving program or charitable organization and to retain such information in its database. Any information obtained may be used to grant or deny any request made to the Comal County Inter-Agency Resource Center for assistance.

Además, Condado de Comal Agencia Múltiple está expresamente autorizado a obtener mis registros actualmente en los archivos de cualquier programa o dando una organización de caridad y mantener esa información en su base de datos. Toda la información obtenida puede ser utilizada para conceder o denegar cualquier solicitud, formulada al Condado de Comal Agencia Múltiple s de asistencia.

A copy of this authorization has the same force and effect as an original.

Una copia de esta autorización tiene la misma fuerza y efecto como un original.

Once signed, this application and the copies of any & all required paperwork becomes the expressed sole property of the Comal County Multi-Agency Resource Center and will not be returned to the client.

Después de que firme esta aplicación, las copias de todos los documentos requeridos, expresadamente se convierten solamente la propiedad del Condado de Comal Agencia Múltiple y NO se devolverá al cliente.

The Comal County Multi-Agency Resource Center is abiding by all CDC Guidelines, but we are not responsible for anyone becoming ill.

El Condado de Comal Agencias Múltiples y Centro de Recursos esta cumpliendo con las guias CDC pero NO somos responsables por alguien que se enferme.

Any services given, are given in Good Faith and once you sign this document it is considered a reléase of any liability against the Comal County Multi-Agency Resource Center and partnering organizatins, non-profits, and persons.

Cualquier servicio dado, es dado de buena fe y una vez firmado este documento el Condado de Comal y sus Agencias Múltiples y Centro de Recursos no tiene ninguna responsabilidad.



Signatura / Firma _____

Date/Fecha: _____

BELOW FOR OFFICE USE ONLY

Abajo para uso de oficina solamente

FOR COMAL COUNTY MULTI-AGENCY USE ONLY (DO NOT WRITE BELOW THIS LINE)

NOTES

ACTION TAKEN // APPT Date & Time *(write on back if space is needed)*

