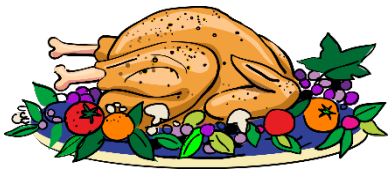
INYO MONO ADVOCATES for COMMUNITY ACTION, Inc.

Cesta de festividades de diciembre



La Cesta de festividades de diciembre está disponible para familias de bajos ingresos en los condados de Inyo y Mono.

Para solicitar la Cesta de festividades favor de completar el "Formulario de admisión de clientes" en el reverso de esta página. Por favor, rellene el formulario completamente. Los Formularios de Admisión del Cliente con información faltante no serán elegibles para una canasta de festividades. Por favor no incluya visitantes para las fiestas, enumere solo miembros del hogar. Las cantidades de las canastas son limitadas y la aprobación está sujeta a elegibilidad según los ingresos, la población vulnerable y las pautas de ingresos federales. Cestas de festividades no están garantizadas. Consulte a continuación la fecha y hora de entrega. ¡No olvide firmar y fechar las páginas uno y dos!

Debe recoger su cesta antes del tiempo indicado a continuación. ¡NO ESPERAREMOS A QUIENES LLEGUEN TARDE! Si no se presenta a la hora indicada a continuación, se perderá su canasta. Por favor haga los arreglos necesarios para que sea recogido por un miembro de la familia que esté incluido en la solicitud (si tiene trabajadores de salud en el hogar, son bienvenidos como un suplente).

Las solicitudes deben recibirse antes del: miércoles 22 de noviembre de 2017

a las 4:00 p.m.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MATASELLOS

Envíe la solicitud completa a:
IMACA
137 East South Street
Bishop, CA 93514

Si su solicitud es aprobada, se le contactará el o antes del: 15 de diciembre de 2017 a las 4:00 p.m.

Las entregas se llevarán a cabo en el sitio de distribución de productos básicos regular de cada ubicación. Para la dirección de la ubicación, visite www.imaca.net y haga clic en "Food Programs" o llame al (760) 873-8557. La distribución será realizada por el personal de IMACA.

FECHA DE RECOGIDA, UBICACIÓN Y HORA:

Thursday December 14, 2017	
Darwin	8:00AM
Tecopa	1:00PM
Monday December 18, 2017	
Walker	10:00AM
Bridgeport	11:30AM
Lee Vining	1:00PM
June Lake	2:00PM
Mammoth Lakes	3:00PM
Tuesday December 19, 2017	
Cartago	8:00AM
Lone Pine	9:30AM
Independence	10:30AM
Big Pine	12:00PM
Benton	1:30PM
Wednesday December 20, 2017	
Bishop Home Deliveries	9:00AM
Bishop	1:00PM

Certifico que he leído y entiendo la notificación anterior y que no hay garantía de que mi hogar reciba una canasta. Comprendo que si ningún miembro de la familia puede recoger mi canasta en la fecha y hora indicadas, se perderá el canasto.

_____ _____

Firma del solicitante **Fecha**

Por favor circule su ubicación arriba ^

Ver Reverso --->

Inyo Mono Advocates for Community Action, Inc. (IMACA)

THIS FORM MUST BE COMPLETED

Client Intake Form
IMACA CSBG (Rev. 1/14) Shaded Areas for Official Use Only

Service Codes			
Priority Points			

Agency Location:	**Intake Staff:**	**Intake Date:**

Nombre	Inicial Mediano	Apellido	Genero	Edad	Fecha de Nacimiento - -

Dirección del Hogar	Unidad #	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Domicilio Postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
			CA	

Número de Teléfono ( )	Número de Teléfono Alternativo ( )	Email	☐ Número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose usted.

Información de las personas que viven en el Hogar (Inclúyase usted mismo)

	Nombre de la persona que vive en el Hogar	**Sexo**	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Parentesco con el solicitante**	**Étnico:** Negro no hispano, Blanco no hispano, Hispano ó Latino, Hawaiano ó Islefio del Pacifico, Americano Nativo ó de Alaska, Asiático, Otro, Multi-Étnico	**Educación:** 0-8, 9-12, Graduado de la Preparatoria, 12 y algunos estudios, Titulo Universitario	**Otras Caracteristicas:** Discapacitado, Seguro Médico, Agricultor, Trabajador Extranjero ó Trabajador Agricola, Veterano
1					**Yo mismo**			
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Información del Hogar

Vivienda *(marque todas las que correspondan)*

A. ☐ Propia
B. ☐ Arrendando
C. ☐ Sin hogar
D. ☐ Vivienda subsidiada ó pública
E. ☐ Casa Móvil
F. ☐ Apartamento/Dúplex
G. ☐ Vivienda unifamiliar

Tipo de Familia *(marque uno)*

A. ☐ Madre soltera
B. ☐ Padre soltero
C. ☐ Hogar con dos Padres
D. ☐ Persona Soltera
E. ☐ Dos Adultos – ningún niño
F. ☐ Padres menores de 20 años
G. ☐ Padre soltero/a menor de 20 años
H. ☐ Otro

Me Interesa recibir más Información sobre…

A. ☐ Ayuda alimentaria
B. ☐ Ayuda de energía
C. ☐ Reparación para el hogar para conservar energía
D. ☐ Asistencia para vivienda
E. ☐ Subsidio del Cuidado Infantil/Community Connections for Children (Condado de Mono)
F. ☐ Programa de Canastas de Comida de Días Festivos/Programa de Regalos
G. ☐ Programa Head Start/Preescolar Estatal
H. ☐ Cuerpo de Conservación – para adultos y jóvenes
I. ☐ Asistencia para el Huerto
J. ☐ Ser voluntario de IMACA
K. ☐ Otro

Fuentes de Ingresos de las Personas que viven en el Hogar

Escriba en bruto el total ingreso mensual de <u>todas personas</u> que viven en su casa:

Sin Sueldo	$ _____
TANF	$ _____
SSI/SSP	$ _____
Seguro Social	$ _____
Pensión	$ _____
Asistencia General	$ _____
Desempleado	$ _____
Beneficios Veteranos	$ _____
1 – Sueldo	$ _____
2 – Sueldo	$ _____
3 – Sueldo	$ _____
4 – Sueldo	$ _____
OTROS	$ _____
Ingreso Total Mensual	$ _____

Annual Income $ _____

Percentage of Poverty Level _____%

Declaración de Solicitante: La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda por programas de IMACA. Asimismo entiendo que IMACA no discrimina en la provisión de servicios en base a la raza, color, ó nacionalidad, incapacitados por salud, edad, ó sexo. Yo certifico que la información que yo he dado es correcta y no ha sido dada con la intención de defraudar, tengo por entendido que cualquier falsificación deliberada de la misma ocasionara mi inmediata cancelación de cualquier programa de IMACA. Asimismo es de mi conocimiento, que la información relacionada a la determinación de mi elegibilidad requiere verificación y/ó documentación, y que con mi firma estoy autorizando a quien corresponda sea agencias, grupo de personas ó individuos a dar cualquier información que sea necesaria.

_____ Firma del Solicitante

_____ Fecha

_____ Firma del testigo **(si sea necesario)**