



¿Qué tipo de asistencia necesita?

Fecha de hoy _____ Nombre _____

Nombre (por el cual prefiere que le llamen) _____ Pronombres _____

Fecha de nacimiento _____ Raza: Blanco Negro Asiático Indio Americano Otro: Hispano: Sí No

¿Ciudadano Americano? Sí No **¿Residente Permanente?** Sí No **¿Indocumentado?** Sí No **País de origen** _____

Género: Masculino Femenino Otro: _____ Correo Electrónico: _____

Número de seguridad social _____ - _____ - _____ Telf.# _____ Celular # _____

Dirección Actual: _____

¿Cuánto tiempo tiene en esta dirección? _____ Nombre del propietario _____

Teléfono del propietario _____

Tu dirección anterior (Incluir ciudad / estado / zip) _____

¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Norwich? _____ ¿Tiene seguro de inquilino? Sí No \$ _____

Razón (es) por la cual se mudó en Norwich (Favor circule todas las que apliquen)

Trabajo Casa Familia Completar Tratamiento de Abusos de Sustancias Casino Otro: _____

¿Ha recibido usted una notificación de desalojo del hogar? Sí / No ¿Cuándo? _____

¿Ha recibido una notificación terminación de las utilidades? Sí / No ¿Obtuvo asistencia de energía eléctrica? Sí / No

¿Por qué necesita asistencia? Describa cómo perdió ingresos debido al COVID 19?:

¿Cuál era su fuente de ingresos antes del virus? _____ Cantidad/mensual \$ _____

¿Cuál es su fuente de ingresos actual? _____ Cantidad/mensual \$ _____

¿Ha incurrido en gastos funerales debido al COVID 19? Sí ___ No ___

¿Necesita información acerca de la vacuna del COVID 19? Sí ___ No ___

¿Es usted miembro de una Tribu Nacional? Sí ___ No ___

Ha aplicado para asistencia de UNITE CT? Sí ___ No ___ App# _____

¿Necesita asistencia con el internet? Sí ___ No ___ Proveedor de WIFI actual? _____

Por favor incluya todos los miembros de su hogar, incluyendo personas que vive con usted, que no son familiares.

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento _____ Relación _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Unión civil

¿Está usted envuelto con el Dept. de Niños y Familias de alguna manera? Sí ___ No ___

¿Tiene un niño/a que esté cursando el grado junior o senior? Sí ___ No ___

¿Posee usted la guarda legal de niños que sean suyos? Sí ___ No ___



HISTORICAL MÉDICO

¿Usted o alguien de su familia, tiene una condición médica seria? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones/problemas médicos? _____

¿Sufre de? Problemas de droga/Alcohol _____ Problemas de adicción al juego _____ Salud mental _____

¿Estuvo en un programa de rehabilitación de drogas y alcohol? No ___ Sí ___ ¿Dónde? _____

¿Ha recibido servicios de salud mental? _____ Si es así, ¿Dónde? _____

¿Está todavía en tratamiento? Sí _____ No _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Interesado? _____

¿Tienes seguro médico? _____ ¿Access / Husky? A B C D ID# _____

EDUCACIÓN / HISTORIAL DE EMPLEO ¿Cuál es su nivel de educación?

Escuela secundaria (Incompleto) Escuela secundaria/GED Universidad Técnico/Vocacional Graduado/Avanzado

¿Tiene algún historial de arresto? Sí ___ No ___ Cargo/Año: _____

Información Financiera Favor incluir los ingresos de TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR		GASTOS/PAGOS MENSUALES DEL HOGAR		CANTIDAD ATRASADA
Empleo:	\$	Renta/Hipoteca	\$	\$
	\$	Utilidades/Combustible	\$	\$
Seguro Social (SSA):	\$	Comida:	\$	\$
SSI/SSDI:	\$	Teléfono:	\$	\$
Efectivo SAGA:	\$	WIFI/Cable:	\$	\$
Suplemento Estatal:	\$	Pago Auto:	\$	\$
Child Support:	\$	Seguro Automovilístico:	\$	\$
WIC:	\$	Cuidado de Niños:	\$	\$
TFA/TANF:	\$	Child Support:	\$	\$
Cupones de Comida:	\$	Otro:	\$	\$
Beneficio VA:	\$	Tarjeta de Crédito:	\$	\$
Pensión:	\$	Rent-A-Center:	\$	\$
Otro:	\$	Cigarrillo/Tabaco:	\$	\$
	\$			
TOTAL:	\$	TOTAL:	\$	\$

¿Recibió el cheque de estímulo? Sí ___ No ___ ¿Cantidad recibida? \$

¿Recibió la devolución de impuestos? Sí ___ No ___ ¿Cantidad recibida? \$

¿Recibió el crédito de impuestos por niño? Sí ___ No ___ ¿Cantidad recibida? \$

Información de Contacto de Emergencia? Nombre _____ Teléfono _____

Firma _____ **Fecha** _____



Norwich Human Services
Norwich City Hall
100 Broadway, Room 212 – Norwich, CT 06360
Application for Assistance

Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Narrativa de Asistencia

¿Que tipo de asistencia necesita? (Circule todas las que apliquen) Renta Utilidades Otro

Favor complete este formulario lo mejor que pueda. Su caso será revisado, y si su caso cumple con el criterio de asistencia, le contactaremos para mayor información. Si no cumple con el criterio, le estaríamos enviando una carta notificándole. No todos los aplicantes califican para asistencia.

Favor describa las circunstancias que le llevaron al atraso: _____

Qué pasos ha tomado, o tomará para asegurar que podrá pagar sus cuentas de aquí en adelante?

Favor indique la cantidad de dinero recibido en su devolución de impuestos este año

\$ _____ Favor indique cómo gastó estos fondos: _____

Total de ingresos mensuales del hogar; \$ _____

Renta mensual: \$ _____ Cantidad atrasada \$ _____

Utilidades mensuales* Recibo/Cuenta: \$ _____ Cantidad atrasada \$ _____

Pago mensual de automovil: \$ _____ Cantidad atrasada \$ _____

**Favor provea su Historial de pago, recibo corriente y plan de pago de Norwich Public Utilities, si aplica.*