



Community Hope Center

Aplicación para Cliente - por 12 Meses

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Lienado por HTI Personal

Cliente #:

Notas:

Femenino Masculino **Nombre:** _____ **Apellido:** _____

Estado Civil: De Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Dirección: _____ **Condado:** _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Núm de Teléfono (celular):** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ **Raza:** _____

¿Cómo se enteró de este programa? _____

Si se hace referencia, por favor, el nombre específico de la agencia, la organización, iglesia, etc.

Otros individuos que viven en su casa:

Nombre	Apellido	Sexo (M or F)	Fecha de Nacimiento	Reclación con Usted	Ingresos por mes

Número total de personas que viven en su hogar: _____

Programa de Calificación:

Su elegibilidad para recibir asistencia de Harvest Time International Centro de esperanza de la Comunidad se basa en sus ingresos y su situación.

Anual Ingreso del Hogar

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$29,000
- \$30,000 o más
- Total ingresos anuales \$ _____

Asistencia

	Recibo	Solicitado
Los Cupones de Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El seguro de salud para los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Suplementario de Ingresos (SSI/Social Security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viven en viviendas públicas y de bajos ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de almuerzo Gratis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su Situación

- Desempleados, desde _____
- Las horas de trabajo / pago reducido
- Personas sin hogar / que viven con amigos
- Padre soltero
- Estudiante
- Ingreso fijo
- Altos Gastos médicos / enfermedad
- Problemas para pagar las facturas
- En Deuda
- Discapacidad en el hogar
- Cuidando de un familiar fuera
- Otro: _____

**Harvest Time International
Acepta
Los Cupones De
Alimentos!**

Aviso legal:

Harvest Time International, Inc. no es responsable de la seguridad de cualquier persona que entra en nuestros edificios. Si por alguna razón usted se lesiona mientras que esté en nuestra propiedad, renuncia a los derechos de tomar acción o cargos contra Harvest Time International, Inc. Entiendo que estoy ingresando a este establecimiento a mi propio riesgo. Este es un acuerdo vinculante en el tribunal de la ley. Yo indico con la firma en este papel que estoy de acuerdo con todos los términos especificados y que toda la información proporcionada es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que Harvest Time International, Inc. no es responsable de la seguridad o la condición del producto una vez que sale de las instalaciones. Todos los productos recibidos a través de este programa son "tal cual", no hay política de devoluciones, por lo tanto una vez que yo haya sacado cualquier producto fuera de las instalaciones, no pueden ser devueltos. Estos productos son para el único propósito de ayudar a los necesitados en base a su calificación de este programa y no deben ser vendidos, intercambiados o negociados por cualquier razón. Además, Harvest Time International, Inc. tiene autorización para utilizar fotografías o videos tomados de mi o de los menores nombrados en esta aplicación para la publicidad, el reclutamiento o propósito de entrenamiento, sin la compensación pagada a mí.

He leído y acepto los términos y condiciones anteriores.

Firma:

Fecha: