

CHESTERFIELD-COLONIAL HEIGHTS CHRISTMAS MOTHER SOLICITUD PARA PERSONAS MAYORES

Por favor imprima. Llene todos los espacios (de las dos páginas) de esta solicitud. Usted será notificado(a) (en la semana de Acción de Gracias) por correo normal o correo electrónico 1) si es aprobado y 2) con la fecha y hora para recoger sus regalos.

POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA LEGIBLE o su solicitud no será aceptada.

LAS PERSONAS MAYORES son de 62 años para arriba. Si ud. es una persona mayor y está criando niños menores de 18 años, por favor llene la solicitud Familiar. Se requiere prueba de la custodia.

Residente de (Seleccione Uno): Chesterfield Colonial Heights

Raza (Seleccione Uno): Indio Americano Asiático Negro/Afro-Americano
 Hispano/Latino Blanco Otro No Mencionado

Solicitante: _____ Fec.de Nac.: _____
(Apellido) (Nombre) MM/DD/AAAA

Seg. Soc/Tax ID: _____

Esposo(a)/Cohab: _____ Fec.de Nac.: _____
(Apellido) (Nombre) MM/DD/AAAA

Seg. Soc/Tax ID: _____

Dirección: _____ Apt/Lot #: _____ Ciudad: _____ Cód. postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Cel) _____

(Correo Electrónico) _____

Ingresos Mensuales Antes de Deducción de Impuestos:

Empleador o Compañía: _____

Salarios del Solicitante: _____

Empleador de su Esposo(a)/Coha.: _____

Salarios de su Esposo(a)/Coha. _____

Ingreso de Seguro Social _____

SSI: _____

Otras fuentes económicas (describa): _____

TANF(Dinero en Efectivo de TANF): _____

TOTAL DE INGRESO MENSUAL: _____

Beneficios de Alimentos (\$ Rec.): _____

IMPRIMA Y ENVÍE A
CHESTERFIELD COUNTY FAIRGROUNDS
(Vietnam Veterans Memorial Building)
en las siguientes fechas:
el 20, 21, o 23 de septiembre desde las 9 AM
hasta las 4 PM o
el de 22 de septiembre desde el mediodía hasta
las 7 PM
para aprobación final

Por la presente doy mi consentimiento al programa de Madre Navidad de Chesterfield-Colonial Heights para definir mi necesidad de recibir ayuda y compartir la información de esta solicitud con otras organizaciones de caridad. No he pedido ni pediré ayuda de otras organizaciones para la Navidad.

Firma: _____ Fecha: _____

LISTA DE DESEOS PARA PERSONAS MAYORES

	SOLO EL NOMBRE (PERSONA 1)	SOLO EL NOMBRE (PERSONA 2)			
GENERO					
EDAD					
Grande * REGALO (hasta \$50)					
Pequeño * REGALO (menos de \$25)					
Pequeño * REGALO (menos de \$25)					
Talla de Pantalones*					
Talla de Blusa/Camisa/Camiseta *					
Talla y Tipo de Zapatos*					
Ropa Interior/Talla de Brasier*					

*** Llenando estas opciones no significa que recibirá el artículo.**