

Chesterfield-Colonial Heights Christmas Mother Aplicación Para Personas Mayores

Por favor imprima. Llene todos los espacios en la página uno de la aplicación. Usted será notificado por correo en la semana de Día de Gracias, se le notificará el día de entrega de los regalos. **POR FAVOR:** escriba claramente, o su aplicación podría ser negada.

LAS PERSONAS MAYORES de 62 años en adelante. 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) | <input type="checkbox"/> Chesterfield <input type="checkbox"/> Colonial Heights | Military/Veteran: (Y/N) | Branch of Service: | |
| Raza: (Seleccione Uno) | <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> No se indica | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino |

| | | | | |
|----------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------------|---|
| Aplicante: Apellido | Primer Nombre | SI | Fec. de Nac.: Mes/Dia/Año | Seguro Social #/ ID de impuestos # |
| | | | | |

| | | | | |
|--|----------------------|-----------|-------------------------------------|---|
| Esposa/ Co-habitante Apellido | Primer Nombre | SI | Fec. de Nac.: Mes/Dia/Año | Seguro Social #/ ID de impuestos # |
| | | | | |

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Domicilio: (calle y número) | Apartamento/Número de lote |
| | |

| | |
|----------------|-----------------------|
| Ciudad: | Código Postal: |
| | |

| | |
|----------------------------|---|
| Correo Electrónico: | Teléfono: (Celular) XXX-XXX-XXXX |
| | |

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Recibes beneficios de SNAP? | YES _____ NO _____ | Comments _____ |
| Ingreso Mensual Antes de Impuestos | \$ _____ | _____ |
| Salarios de las solicitantes: | \$ _____ | _____ |
| Salarios de su Esposo(a)/Coha.: | \$ _____ | _____ |
| Ingresos de seguro social: | \$ _____ | _____ |
| Ingreso TOTAL del hogar: | \$ _____ | _____ |

Por la presente doy mi consentimiento para el programa Chesterfield-Colonial Heights Christmas Mother, para realizar cualquier consulta para determinar mi nivel de ayuda y de compartir la información sobre esta aplicación con otras organizaciones benéficas. No tengo, ni pediré de cualquier otras organizaciones para Navidad.

Doy mi consentimiento para recibir notificaciones y alertas por SMS de Chesterfield-Colonial Heights Christmas Mother. Puedes responder STOP para cancelar la suscripción en cualquier momento.

Firma: _____ Dia: _____

WISH LIST FOR SENIOR

*** Entering these fields does not mean you will receive this item.**

| | FIRST NAME ONLY (PERSON 1) | FIRST NAME ONLY (PERSON 2) | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| GENDER | | | | | |
| AGE | | | | | |
| Height/Weight | | | | | |
| Large * GIFT (up to \$50) | | | | | |
| Small * GIFT (less than \$25) | | | | | |
| Small * GIFT (less than \$25) | | | | | |
| Small * Gift (less than \$25) | | | | | |
| Pants size* | | | | | |
| Shirt/Blouse size* | | | | | |
| Underwear (Boxers/Briefs) /Bra Size* | | | | | |