



# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LOS DÍAS DE FIESTA

FORMA DE CONSENTIMIENTO Y DE INFORMACIÓN PARA REFERENCIAS



DEBE LLENAR Y ENTREGAR ESTE FORMULARIO A:	PARA EL DÍA:

El Programa de Asistencia para los días de Fiesta ha proporcionado para el Día de Acción de Gracias y ayuda en las festividades de invierno, a familias de bajos ingresos durante los últimos 30 años. Una red de trabajadores sociales, consejeros escolares y profesionales de servicios humanos, refieren a aquellas familias e individuos que necesitan ayuda. Asociaciones sin fines de lucro, organizaciones religiosas, y agencias de gobierno proporcionan ayuda a quienes reciben esta asistencia, de acuerdo con las donaciones disponibles. Si usted y su familia necesitan ayuda y les gustaría ser referidos para posiblemente recibir asistencia para la temporada festiva, por favor llene el siguiente formulario de referencia. Los recursos son limitados, por favor solicítelos solamente si usted y su familia realmente lo necesitan. Aunque ser referido no es garantía de recibir asistencia, el Programa ayudará a tantas familias con necesidad, como las donaciones lo permitan.

ADULTO RESPONSABLE	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE

INFORMACIÓN PARA CONTACTARLO			
CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONO	LENGUAJE QUE PREFIERE	ESPAÑOL	
ALTERNO TEL.	¿OTRAS FAMILIAS EN CASA?	<input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO	

DOMICILIO			
NÚMERO	NOMBRE DE LA CALLE	No. DE APARTAMENTO	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		MD	

SOLICITUD DE ASISTENCIA			
DÍA DE ACCIÓN DE GRACIAS	<input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE ADULTOS (18+)	
DICIEMBRE	<input type="checkbox"/> SÍ   <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE MENORES (0-17)	
RESTRICCIONES DIETÉTICAS			

CONSENTIMIENTO	
<p>Solicito que mi familia sea referida para recibir ayuda del Programa de Asistencia para los días de Fiesta. Entiendo que mi información será ingresada a la base de datos del Programa de Asistencia para los Días de Fiesta y será compartida con organizaciones asociadas y voluntarios autorizados del Programa de Asistencia para los Días de Fiesta, incluso posiblemente para la entrega de asistencia a mi hogar y para la comunicación por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto. También entiendo que tengo la responsabilidad de informarle a la persona que realiza esta referencia si la situación de mi familia cambia, por ejemplo si cambio de domicilio. Además no he sido referido para el Programa de Asistencia para los Días de Fiesta por ninguna otra organización.</p>	
FIRMA DEL ADULTO (NOMBRE CON LETRA DE MOLDE)	FECHA EN LA QUE SE FIRMÓ EL FORMULARIO

(proporcione los nombres de los niños en la página siguiente)

MENOR 1			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 2			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 3			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 4			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 5			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 6			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 7			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

MENOR 8			
<b>APELLIDO</b>		<b>EDAD</b>	
<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> OTRO

### OTRAS NECESIDADES (OPCIONAL)

OTRAS NECESIDADES (OPCIONAL)	
<input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda / alquiler <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas gratuitas de COVID-19 <input type="checkbox"/> Asistencia por desempleo <input type="checkbox"/> Cuidado de los niños	<p>Puede identificar otras necesidades de su familia usando las casillas de verificación de la izquierda. Al marcar una casilla, usted acepta posiblemente ser contactado o conectado a otros programas. Esto puede incluir el envío de información a su hogar. Marcar la casilla no es garantía de servicio.</p>