



DOING THE MOST GOOD™



**Solicitud de asistencia del Fondo de combustible del área de Washington
(WAFF, por sus siglas en inglés) 2021**

Nombre: _____ **Seguro social (últimos 4 números):** XXX-XX- _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

1.) **Cantidad total de integrantes en la familia:** _____

Cantidad de integrantes en la familia de las siguientes edades:

a.) 18 años o menores _____

b.) Entre 19 y 60 años _____

c.) Mayores de 60 años _____

d) Mencione las edades de los menores de edad en la familia _____

2.) **¿Alguien en la familia es veterano?** Sí _____ No _____

3.) **Ingresos totales de la familia:** _____ (por quincena) _____ (por mes) _____ (por año)

4.) **Fuente principal de calefacción:** (Marque una opción)

Gas	Electricidad	Petróleo	Carbón/madera	Propano/Embotellado	Otro

5.) **Nombre de la empresa de servicios públicos a la cual solicita asistencia:** _____

Número de cuenta: _____ **Monto total adeudado:** _____

6.) **¿El jefe de familia tiene empleo actualmente?** Sí _____ No _____

(En caso afirmativo, proporcione documentación para verificar el empleo del jefe de familia).

7.) **¿Cuántos miembros de la familia mayores de 18 años tienen empleo?** _____

(Proporcione documentación para verificar los empleos del resto de los miembros de la familia que tienen empleo).

8.) **¿Recibió asistencia del WAFF desde enero de 2021?** Sí _____ No _____

9.) **Explique la razón por la cual necesita asistencia para su fuente principal de calefacción:** _____

 Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. Comprendo que las "declaraciones falsas de información" pueden invalidar mi solicitud para la consideración de financiación. También comprendo que completar esta solicitud no garantiza el otorgamiento de los fondos. Además, mediante mi firma a continuación, autorizo que el Ejército de Salvación reúna cualquier información necesaria de agencias, proveedores o personas adicionales involucrados en mi caso, para calificarme para recibir estos fondos. Este consentimiento vencerá un año después de la fecha indicada a continuación, a menos que indique el retiro de mi consentimiento por escrito ante el Ejército de Salvación.

Firma: _____ **Fecha:** _____