



معلومات العميل:			
اسم العميل:		تاريخ الميلاد: _____/_____/_____	
النوع:			
عنوان المنزل:		الشقة / الوحدة #	
اسم المجمع السكني:		المدينة:	
الهاتف الأساسي: ( )		الهاتف الثانوي: ( )	
جهة الاتصال في حالة الطوارئ:		جهة الاتصال في حالة الطوارئ # ( )	
العرق (اختر إجابة واحدة)			
<input type="checkbox"/> من أصل إسباني <input type="checkbox"/> من أصل غير إسباني			
السلالة (اختر إجابة واحدة)			
<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أمريكي/أفريقي أسود <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر/سكان الاسكا الأصليين			
<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
عدد الأفراد في المنزل بعمر 16 عامًا أو أكثر (بما في ذلك أنت نفسك): _____ أقل من 16 عامًا: _____ المجموع: _____			
إجمالي الدخل السنوي للمقيمين في المنزل: _____			
<input type="checkbox"/> يرجى وضع علامة هنا مما إذا لم كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول خدمات الدعم المقدمة من الجمعيات الخيرية الكاثوليكية فورت وورث.			
وجهة العميل:			
الغرض من الرحلة (اختر واحدًا)			
<input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> المدرسة <input type="checkbox"/> التدريب			
العمل أو اسم المدرسة:			
العنوان:		المجموعة #	
الرقم الكودي:		المدينة:	

التاريخ

توقيع الموظف

التاريخ

توقيع العميل

العميل: أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة حقيقية وصحيحة وأني أبلغت عن جميع مصادر الدخل. أدرك أنني استلمت هذه المعلومات لتلقي المدفوعات من الهيئة الاتحادية، وأن المعلومات الواردة في هذا الطلب قد يتم التحقق من صحتها، وأن التحريف المتعمد للمعلومات قد يعرضني للملاحقة القضائية بموجب قوانين الدولة وقوانين الحكومة الفدرالية السارية.

الموظفون: أقر بأن هذا الطلب مكتمل تمامًا وتم التوقيع عليه.

لا

نعم

هل تلتفت إشعارًا كتابيًا بحقوق المستفيد؟ نعم  
(لن تتم مراجعة الطلب إذا ترك هذا البند فارغًا)