

# PROYECTO PAL SOLICITUD DE ASISTENCIA

TODA LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

**IMPORTANTE:** Esta aplicación no será procesada sin una prueba escrita de los últimos tres (3) meses de ingresos para TODOS los miembros del hogar (incluye, pero no limitado a: el cónyuge, compañeros de casa, los menores, manutención de hijos, pensión alimenticia, desempleo, incapacidad, cupones de alimentos, los programas locales de caridad, de la seguridad social y los regalos y support de familiares y amigos). También, por favor incluya una nota explicando las circunstancias atenuantes ya que esta información ayuda a el consejo de PAL para entender su situación.

OPALCO N° de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ N° de Telefono \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Renta Mensual \$ \_\_\_\_\_ Pago de la hipoteca (si es casa propia) \$ \_\_\_\_\_

¿Está usted de la Discapacidad?  Si  No Naturaleza de la discapacidad \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna asistencia federal o estatal? \_\_\_\_\_

## SOLICITANTE

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_

*(ingresos totales antes de impuestos y otras deducciones)*

## OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Si usted no tiene ingresos, ¿Cómo se está apoyando? \_\_\_\_\_

Proyecto PAL se trata de ayudar a los Miembros. Animamos a los solicitantes PAL a redondear su proyecto de ley para ayudar a financiar el siguiente miembro que lo necesite. Esto se resuelve a cerca de \$6 por año. **¿Podemos redondear su cuenta cada mes?**  Si  No

“Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si Proyecto PAL asistencia piensa que no tengo derecho, debido a la retención de información ya sea a sabiendas o dar información falsa con respecto a mi caso, la cantidad se invertirá. Esta cantidad puede estar sujeto a los procedimientos de recogida de la Cooperativa. Yo entiendo que toda la información contenida en esta solicitud es estrictamente confidencial.”

Firma de Miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ADJUNTE PRUEBA DE INGRESOS PARA ESTA SOLICITUD Y ENVÍELA A:  
O bien, entregar personalmente a la Eastsound u oficinas Friday Harbor**

Project PAL - OPALCO  
183 Mt Baker Rd.  
Eastsound, WA 98245

OPALCO USE: Received Date: \_\_\_\_\_

2015