



Comunidad del Condado Buffalo Solicitud de Respuesta de Fondos Disponibles

Por favor, trae una copia de los comprobantes con los que necesitas ayuda.

Fecha:	
Nombre:	
¿Cómo le podemos ayudar? ¿Cuál es su necesidad? ¿Cómo cuánto cuesta? Por favor, incluya tantos detalles como le sea posible.	
¿Dónde podemos mandar su pago?– will be required to complete a W9	
Nombre del negocio	
Nombre del personal a contactar	
Número de teléfono del negocio	
Dirección del negocio (incluya ciudad, estado y código postal)	

(Solicitantes NO llenan esta sección) IN OFFICE USE ONLY			
Date of Payment:	Payment Method: <input type="checkbox"/> Check (check # _____)	<input type="checkbox"/> Gift Card <input type="checkbox"/> Other: _____	
Housing Amount:	Detailed need:	Employment Amount:	Detailed need:
Utilities Amount:	Detailed need:	Physical/Dental amount:	Detailed need:
Daily Living Amount:	Detailed need:	Mental Health Amount:	Detailed need:
Education Amount:	Detailed need:	Parenting Amount:	Detailed need:
Transportation Amount:	Detailed need:	Other/Coaching Amount:	Detailed need: