

ID HMIS CLIENTE



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)	

Por favor, indica cualquier ayuda que has recibido de las siguientes agencias. Indícalo en los recuadros si hay alguna.

Community Action: _____	Jubilee Center: _____	DHHS: _____	S.A.F.E. Center: _____
Salvation Army: _____	NE ERA Program: _____	Other: (Agency: _____ Amount: _____)	

Cantidad total solicitada de Fondos Flexibles:	
---	--

Tiene dificultad con alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Negligencia Emocional		
---	--	--	--

¿Te gustaría platicar con alguien que te pueda ayudar a alcanzar tus metas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
--	-----------------------------	-----------------------------	--

Si marca si, explíquelo porfavor:	
--	--

**(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: