|  |
| --- |
| **Información de Solicitante** |
| Nombre: |  | Fecha: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Domicilio: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Email: |  |
|  |
| **Preguntas** |

Por favor, responda a todas las siguientes preguntas para que su solicitud se considere completa. Al proveer una respuesta a cualquiera de estas preguntas, usted certifica que puede presentar pruebas para respaldar su respuesta al City of Redlands.

# ¿Cuál es su ingreso familiar anual?

|  |
| --- |
| $ |

# ¿Está inscrito en uno o más de los siguientes programas?

[ ]  Children’s Health Insurance Program (CHIP)

[ ]  Childcare Subsidies through the Child Care and Development Fund (CCDF) Program

[ ]  Medicaid

[ ]  Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

[ ]  Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

[ ]  Free and Reduced-Price Lunch (NSLP) and/or School Breakfast (SBP) programs

[ ]  Medicare Part D Low-income Subsidies

[ ]  Supplemental Security Income (SSI)

[ ] Head Start and/or Early Head Start

[ ]  Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)

[ ] Section 8 Vouchers

[ ] Low-income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

[ ]  Pell Grants

[ ]  Southern California Edison’s California Alternate Rates for Energy (CARE) of Family Electric Rate Assistance (FERA) program

|  |
| --- |
| **Certificación y Firma de Aplicación** |
| *Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa y presentaré verificación si se solicita. Entiendo que terminación de participación en la programa puede resultar si las tarjetas de regalo se venden, transfieren o utilizan para cualquier otro propósito que no sea la compra de alimentos. Si se aprueba, cada mes certificaré por firma que cumplo con los requisitos de elegibilidad de este programa y notificaré a la ciudad dentro de 30 días de cualquier cambio en mi elegibilidad. Reconozco que la finalización de esta solicitud no indica de ninguna manera elegibilidad o aprobación. Reconozco que debido a los fondos limitados disponibles para este programa, algunas solicitudes que califican pueden no ser aprobadas.* *Su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en esta aplicación.* |
|  |  |  |  |
| Firma: |  | Fecha: |  |
|  |  |  |  |  |
| Verified by: |  |  | Date: |  |
|  | *Staff Initials* |  |