



2017 Houston Children's Charity Children's Bed Application



Fecha de aplicación: _____ (en imprenta legible)

Nombre: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Dirección: _____ Apt. Número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección E-Mail: _____

Teléfono de casa: Sí No Número: _____ Renta: \$ _____

Teléfono celular: Sí No Número: _____ propietario: _____

Teléfono de Trabajo: Sí No Número: _____ Extensión: _____

Estado civil: Casado Soltero Padres Divorciados Separados Convivir

Idioma: Inglés Español Cuántos niños están en su custodia legal? _____

Cuál es su ingreso familiar mensual, incluyendo la asistencia del gobierno? \$ _____

(Para recibir una cama doble de su hijo, el niño debe tener entre 4 y 18 años de edad. Numero maximo de 4 camas por familia.)

Cuántas camas TWIN están solicitando? _____ Por favor escriba la informacion de sus hijos por debajo de:

Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____

Por favor, complete el siguiente formulario y luego de marcar que ha conectado cada elemento:

- Una carta escrita a mano por que usted necesita camas Una copia del certificado de nacimiento de cada niño Una copia de su identificación con foto válida
- Una copia de su contrato de alquiler Una copia de su más reciente teléfono de facturas de electricidad y la corriente más cuenta de
- Una copia de la Carta de estampillas de comida, Medicaid, Carta, o cualquier otra forma de asistencia gubernamental Una copia del talon de cheque

Nota: La participación en este programa es limitado y se llena en un primer llegado, primer servido base. El programa tiene un máximo de 4 camas para una sola familia en una base de tiempo. Una vez recibida la solicitud completa se le notificará de la aprobación de su solicitud. Si cambia su información de contacto, por favor llame a nuestro oficina para actualizar su información. Por favor envíe este formulario completo junto con las copias de los documentos requeridos antes mencionados a la siguiente dirección. Al enviar este formulario también está de acuerdo para permitir que las fotos de usted y/o a sus hijos en cualquier publicación de HCC.

Por favor envíe este formulario por correo, fax, o correo electrónico completo junto con las copias de los documentos requeridos antes mencionados a la siguiente dirección: (las solicitudes incompletas no serán procesadas.)

**Houston Children's Charity • 5535 Memorial Dr., Suite F #562 • Houston, TX 77007
Fax (713)524-3199 • Email: abns@houstonchildrenscharity.net**