The Cottage City ARPA Programa de Ayuda Familiar

Fecha:

Nombre: Numero Teléfono:

Habla a:

¿Cuánto tiempo has vivido en esta dirección?

¿Está trabajando actualmente?

¿Cuál es la dificultad de emergencia que enfrenta actualmente?

¿Cómo se enteró del Programa de Ayuda Familiar ARPA de Cottage City?

¿Usted o algún miembro de su familia ha recibido asistencia del Programa de ayuda familiar ARPA de Cottage City antes?

Al firmar a continuación, reconozco que las declaraciones contenidas en este documento y la información proporcionada por mí en esta solicitud son verdaderas y precisas. Entiendo que, si se determina que la información es falsa o no verdadera, seré descalificado para ser considerado. Entiendo que la intención del Programa de ayuda familiar ARPA de Cottage City es brindar asistencia única a los residentes calificados que luchan con una emergencia temporal.

Firma: _____

Fecha:_____