

Formulario de Solicitud de Asistencia

PERSONA QUE SOLICITA:

Nombre completo: _____

Complete la mayor cantidad posible de la siguiente información de contacto:

Número de teléfono : _____

Correo electrónico : _____

Dirección (viviendo actualmente) : _____

¿Quién lo refirió a nuestra agencia?: _____

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR? (Marque SÍ o NO para cada uno de los siguientes servicios)

SÍ / NO	<p>¿Necesita asistencia ALIMENTARIA?</p> <p>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy en necesidad de asistencia alimentaria personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo(s) se beneficiaría de participar en el programa BackPack Buddies en su escuela (SÓLO si el niño está inscrito en una escuela de la ciudad de Alabaster, una escuela de la ciudad de Pelham o una escuela del condado de Shelby). En caso afirmativo, complete la siguiente información:</p> <p style="padding-left: 40px;">Niño/Nombre(s) de los niños: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Escuelas) Asistiendo: _____</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesita asistencia en PRODUCTOS DE HIGIENE?</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesita asistencia en PRODUCTOS SANITARIOS?</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesita ayuda PAÑAL?</p> <p>En caso afirmativo, complete lo siguiente:</p> <p>Su nombre y apellido: _____</p> <p>Tu relación con el bebé: _____ Código postal: _____</p> <p>Su fecha de cumpleaños (no la del bebé): _____ Talla(s) de pañal: _____</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesitas APOYO PARA LOS PADRES?</p> <p>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Papá / Tutor masculino <input type="checkbox"/> Mamá / Guardiana Femenina</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesitas ASESORAMIENTO?</p> <p><i>(VFS actualmente brinda asesoramiento para personas de 12 a 18 años, pero podemos derivarlo a asesoramiento para cualquier edad.)</i></p> <p>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Niño/Niña (11 años y menos) <input type="checkbox"/> Niño/Niña (edades 12-18) <input type="checkbox"/> Adulto/Adulta</p>
SÍ / NO	<p>¿Le gustaría que su hijo fuera colocado en nuestro PROGRAMA DE MENTORÍA?</p>
SÍ / NO	<p>¿Necesita apoyo de ABUSO DE SUSTANCIAS?</p> <p><i>(VFS puede recomendar apoyo para el abuso de sustancias.)</i></p>
SÍ / NO	<p>¿Hay alguna otra necesidad o recurso con el que necesite ayuda?</p> <p>En caso afirmativo, especifique: _____</p>