

## **!!!ATENCIÓN!!!**

**¡FAVOR DE LEER Y PONER SUS INICIALES EN ESTA PÁGINA  
ANTES DE ENTREGAR SU SOLICITUD!**

**SI USTED NO PROVEE LO REQUERIDO, NO RECIBIRÁ ASISTENCIA.**

**STONEBRIAR COMMUNITY CHURCH (SCC) NO OFRECE AYUDA  
INMEDIATA.**

EL PROCESO DE SU SOLICITUD TARDARÁ DE 3 A 4 SEMANAS.  
POR FAVOR DESE POR ENTERADO DE QUE NO LE PODEMOS GARANTIZAR NINGUNA  
AYUDA.

CUALQUIER FACTURA A SER CONSIDERADA DEBERÁ SER DEL PRESENTE MES.

**NO ACEPTAMOS RECIBOS ORIGINALES** – USTED DEBE PROVEER COPIAS.  
**SCC NO LE HARÁ FOTOCOPIAS (A EXCEPCIÓN DEL SU LICENCIA O IDENTIFICACIÓN).**

**NO ACETAMOS SOLICITUDES INCOMPLETAS.**

**USTED ES RESPONSABLE DE PROVEER TODOS LOS DOCUMENTOS  
APROPIADOS.**

DEBE INCLUIR LAS FACTURAS OFICIALES Y LOS RECIBOS INDICANDO  
LA CANTIDAD EXACTA QUE SE DEBE Y EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL  
BENEFICIARIO. No ofrecemos pagos en efectivo. Cualquier asistencia será hecha en cheque  
solamente (no en giro postal o cheques de caja), y a nombre de la compañía que provee el  
servicio: (compañía hipotecaria, compañía de servicios públicos, etc.).

**POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE CUALQUIER SOLICITUD IMPRESA  
DIRECTAMENTE DEL INTERNET PROVEA CLARAMENTE  
EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO.**

# LO REQUERIDO DE CADA PERSONA EN LA SOLICITUD

## DE CADA PERSONA EN LA SOLICITUD

- Llenar la solicitud completamente
- Firmar la solicitud
- Llenar y firmar la forma "*Release authorization*"
- Fotocopia de su licencia de conducir
- Fotocopia del estado de cuenta bancario mas reciente
- Fotocopia de los facturas a considerar

## Stonebriar Community Church Solicitud de Ayuda de Benevolencia

Fecha \* \_\_\_\_\_

**\*Requerido**

<i>Nombre*</i>			
<i>Dirección *</i>			
<i>Ciudad*</i>	<i>Condado *</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
<i>¿Por cuánto tiempo ha vivido en la misma dirección? Años:</i>		<i>Meses:</i>	
<i><sup>1</sup> Correo electrónico *</i>			
<i>Telefono: *de Casa</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Celular</i>	

<sup>1</sup>El Correo electrónico es nuestro principal medio de comunicación con usted. Si usted no tiene una cuenta de correo electrónico por favor suministre un número de teléfono en donde siempre le podamos encontrar.

**Otros adultos (de más de 18 años) que viven en su domicilio<sup>2</sup>**

<i>Nombre*</i>	<i>Relación con Ud.*</i>	<i>¿Autorización?*</i>

<sup>2</sup> Cada adulto debe completar y firmar una autorización de acceso a información personal. Adjunte formularios de autorización a la solicitud.

<i>¿Cómo supo de la iglesia Stonebriar?</i>
<i>¿Quien le recomendó esta iglesia?</i>
<i>¿Ha recibido usted o alguna de las personas que residen en su casa ayuda de esta iglesia?*</i>
<i>Si su respuesta es sí, ¿Cuándo recibió la ayuda? Hago una lista de toda la ayuda recibida desde 1999*</i>

### Afilación Religiosa

Por favor, marque la casilla correspondiente\*

<input type="checkbox"/> <i>Miembro / Asistente de SCC<sup>3</sup></i>	<input type="checkbox"/> <i>Asiste a otra iglesia<sup>4</sup></i>	<input type="checkbox"/> <i>Sin afiliación religiosa</i>
--	---	--

<sup>3</sup>Miembro / Asistente de SCC

<i>¿A cuál estudio Bíblico o grupo en casa asiste?</i>	
<i>¿Alguien en SCC conoce su situación?</i>	
<i>En caso afirmativo, ¿quién?</i>	<i>¿Podemos comunicarnos con ellos?</i>

<sup>4</sup>Asiste a Otra Iglesia

<i>¿Qué iglesia?</i>	
<i>¿Ha solicitado ayuda allí?</i>	<i>¿Cuándo?</i>
<i>¿Le ayudaron?</i>	<i>Telefono:</i>
<i>En caso afirmativo, ¿con quién estuvo en contacto?</i>	

Liste todas las personas menores de 18 años que viven en su casa:\*

<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Grado</i>	<i>Empleado en/Escuela</i>	<i>Relación con el Solicitante</i>

Si hay más de 4 menores en el hogar, suministre su información en una página adicional.

Historia Laboral\*

<i>¿Hay alguien en su hogar que esté desempleado por causa de una incapacidad?</i>
<i>¿Hay alguna persona en el hogar recibiendo beneficios de incapacidad?</i>

Haga una lista de los empleos, actuales y pasados, tanto suyos como de su cónyuge \*

	<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Fecha de Empleo</i>	<i>Actual o Pasado</i>	<i>¿Por qué dejó este trabajo?</i>
<i>Ud.</i>				
<i>Ud.</i>				
<i>Cónyuge</i>				
<i>Cónyuge</i>				

Haga una lista de la situación laboral actual de los Otros Adultos en el Hogar\*

	<i>Nombre de la persona</i>	<i>Empleador</i>	<i>Fecha de Empleo</i>	
1				
2				
3				
4				

Para determinar cómo y/o si le podemos asistir, por favor conteste las siguientes preguntas. (Utilize la parte de atrás de la hoja si es necesario).

**¿Cuál es su necesidad el día de hoy y qué tipo de ayuda específica está solicitando?\***

<b>A. Necesidad (Ejemplo: Energía eléctrica)</b>	<b>B. Proveedor del Servicio (Ejemplo: Co/Serve)</b>	<b>C. Cantidad (Ejemplo: \$153.22)</b>

Entiendo que el ministerio de Benevolencia de SCC, no paga por cargos de pagos atrasados.

Firma: \_\_\_\_\_ \*

Para ayudar con los pagos de renta, necesitamos tener el Formulario W-9 del IRS del propietario adjunto a esta solicitud or en el archivo. Obtenga este formulario del propietario o determine que él or ella ha presentado uno con la iglesia.

**¿Cuál es la crisis o la situación que ha causado que pida asistencia?\***

**En caso de recibir ayuda de la iglesia Stonebriar, ¿Como pagará la renta/los servicios, etc. del próximo mes?\***

**¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? En caso afirmativo suministre los detalles y circunstancias\***

## Ingreso Mensual de la Familia\*

<i>Ingreso</i>	<i>Beneficiario</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Documentación</i>	
<i>Sueldo</i>				
<i>Sueldo</i>				
<i>Sueldo</i>				
<i>Sueldo</i>				
<i>Seguro Social</i>				
<i>Incapacidad SSI</i>				
<i>Incapacidad VA</i>				
<i>Pensión</i>				
<i>Cupones de alimentos</i>				
<i>Familia</i>				
<i>Amigos</i>				
<i>Desempleo</i>				
<i>Indemnización</i>				
<i>Cuota alimentaria para niños</i>				
<i>Otras agencias</i>				
<i>Otros ingresos</i>				
<b>Ingreso Total Mensual</b>				
	<b>Activos</b>			
<i>Balance en cuenta corriente</i>				
<i>Balance en cuenta de ahorros</i>				
<i>Balance en IRA/Fondo Retiro</i>		<i>Balance del préstamo (¿Cuánto debe?)</i>	<b>Valor Neto del Activo</b>	
<i>Valor vehículo 1</i>				
<i>Valor vehículo 2</i>				
<i>Valor vivienda</i>				

No incluya la información de los espacios sombreados en el total mensual.

## Reporte de Gastos Mensuales\*

<i>Tipo de Gasto</i>	<i>Cuota Mensual*</i>	<i>Cantidad que Debe actualmente*</i>	<i>Porcentaje de los Ingresos</i>	<i>Cuenta de cobro adjunta</i>
<i>Arriendo/hipoteca</i>				
<i>Luz</i>				
<i>Gas</i>				
<i>Agua</i>				
<i>Cable/Internet</i>				
<i>Teléfono/Celular</i>				
<i>Cuota Vehículo 1</i>				
<i>Cuota Vehículo 2</i>				
<i>Gasolina</i>				
<i>Seguro de Vehículo</i>				
<i>Seguro de Vivienda</i>				
<i>Seguro Médico</i>				
<i>Viveres</i>				
<i>Comidas de Escuela</i>				
<i>Médico</i>				
<i>Cuidado de Niños (guardería)</i>				
<i>Cuota alimentaria de niños</i>				
<i>Préstamos de consumo: (Balance \$_____)</i>				
<i>Tarjetas de Crédito: (Balance \$_____)</i>				
<i>Membresías (gimnasio, spa, etc.)</i>				
<i>Otros Gastos (explique el propósito)</i>				
<b>Total de Gastos Mensuales</b>				

## Asistencia de Otras Organizaciones \*

### ¿Ha recibido asistencia de alguna otra iglesia/agencia/organización?

Por favor haga una lista de todas las iglesias/agencias/organizaciones que usted ha contactado para pedir asistencia. Especifique el nombre de la organización, el nombre de la persona que contactó y el teléfono de cada uno de ellos. Si usted es miembro o asistente habitual de otra iglesia, usted debe solicitar ayuda allá primero. Si usted no es un miembro o asistente habitual de la iglesia Stonebriar y vive fuera del condado de Collin, usted debe comunicarse con organizaciones en su propio condado antes de que nosotros aceptemos su aplicación.

#### Iglesias/Agencias/Organizaciones Contactadas \*

1. Agencia:		
	Persona que contactó	Tel:
2. Agencia:		
	Persona que contactó	Tel:
3. Agencia:		
	Persona que contactó	Tel:

Por medio de la presente autorizo a la Iglesia Stonebriar (SCC) para acceder mi información personal con el fin de recibir la ayuda que solicito. Además certifico que la información que he suministrado es verdadera y correcta, y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que SCC puede verificar la información de esta solicitud y que el suministro deliberado de información falsa puede ocasionar que la ayuda y/o servicios me sean negados.

Doy permiso a SCC para discutir mi caso con otras agencias, negocios, iglesias, abogados, individuos, y cualquier otra persona que sea necesario para verificar la información de esta solicitud y/o para identificar fuentes adicionales de asistencia. Entiendo que toda información se mantendrá lo más confidencial posible dentro de estas entidades.

Entiendo que el proceso de la entrevista de benevolencia puede incluir preguntas incómodas y el análisis de mi situación y hábitos de gasto.

*\* He leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas mencionadas anteriormente con respecto al uso de mi información personal y la probabilidad de incomodidad durante el proceso de benevolencia.*

**Firma\*** \_\_\_\_\_ **Fecha\*** \_\_\_\_\_

*"Este mandamiento nuevo les doy: que se amen los unos a los otros. Así como yo los he amado, también ustedes deben amarse los unos a los otros." (Juan 13:34).*

#### PARA USO OFICIAL UNICAMENTE

<b>Office Use Only:</b>	
Member Status	
Date of Entry	
Disposition	

For Office Use:

Dept: \_\_\_\_\_ Benevolence \_\_\_\_\_



## RELEASE AUTHORIZATION

**EACH APPLICANT MUST COMPLETE THE FOLLOWING (please use the copy on the next page for your spouse or other adult in the home to complete):**

- I. In connection with my Benevolence application, I understand that a report or an investigative background check may be requested that will include information as to my identity, character, personal and financial history, experience, and reasons for termination of past employment. I understand that as directed by Church policy, you may be requesting information from public and private sources about my: workers' compensation, Social Security benefits, driving record, court record, education, financials, and references.
- II. Medical and workers' compensation information will only be requested in compliance with the Federal Americans with Disabilities Act (ADA) and/or any other applicable state laws. Applicants are entitled to know if financial assistance is denied because of information obtained by Stonebriar Community Church from a reporting agency. If so, I will be notified and given the name and address of the agency or the source which provided the information.
- III. I acknowledge that a telephonic facsimile (FAX) or photographic copy shall be as valid as the original. This release is valid for most federal, state and county agencies including the Minnesota Department of Labor.

**IV. I hereby authorize, without reservation, any law enforcement agency, institution, information service bureau, school, employer, reference or insurance company contacted by Stonebriar Community Church or its agent, to furnish the information described in Section 1.**

The following information is required by law enforcement agencies and other entities for positive identification purposes when checking public records. It is confidential and will not be used for any other purposes. I hereby release the employer and agents and all persons, agencies, and entities providing information or reports about me from any and all liability arising out of the requests for or release of any of the above mentioned information or reports.

---

Please print your full name LAST

FIRST

MIDDLE

---

Please print other names you have used

---

Home Address

---

City

State

Zip Code

---

Social Security Number

Date of Birth

The following states **require** sex and race to obtain information:

AL, AR, FL, GA, IA, IL, IN, MI, OR, TX, WI

Sex:   \*Male \*Female

Race:   \*Asian \*Black \*Hispanic \*White \*Other

---

Drivers License Number

State Issuing License

---

Name as it appears on license

---

Signature

Today's Date

---

*THIS PAGE CONTAINS SENSITIVE INFORMATION. KEEP ONLY IN SECURE FILES, SEPARATE FROM PERSONNEL RECORDS!*

For Office Use:  
 Dept: \_\_\_\_\_ Benevolence \_\_\_\_\_

**RELEASE AUTHORIZATION**

**EACH APPLICANT MUST COMPLETE THE FOLLOWING (please use the copy on the next page for your spouse or other adult in the home to complete):**

- I. In connection with my Benevolence application, I understand that a report or an investigative background check may be requested that will include information as to my identity, character, personal and financial history, experience, and reasons for termination of past employment. I understand that as directed by Church policy, you may be requesting information from public and private sources about my: workers' compensation, Social Security benefits, driving record, court record, education, financials, and references.
- II. Medical and workers' compensation information will only be requested in compliance with the Federal Americans with Disabilities Act (ADA) and/or any other applicable state laws. Applicants are entitled to know if financial assistance is denied because of information obtained by Stonebriar Community Church from a reporting agency. If so, I will be notified and given the name and address of the agency or the source which provided the information.
- III. I acknowledge that a telephonic facsimile (FAX) or photographic copy shall be as valid as the original. This release is valid for most federal, state and county agencies including the Minnesota Department of Labor.

**IV. I hereby authorize, without reservation, any law enforcement agency, institution, information service bureau, school, employer, reference or insurance company contacted by Stonebriar Community Church or its agent, to furnish the information described in Section 1.**

The following information is required by law enforcement agencies and other entities for positive identification purposes when checking public records. It is confidential and will not be used for any other purposes. I hereby release the employer and agents and all persons, agencies, and entities providing information or reports about me from any and all liability arising out of the requests for or release of any of the above mentioned information or reports.

Please print your full name LAST			FIRST	MIDDLE
Please print other names you have used				
Home Address				
City	State	Zip Code		
Social Security Number			Date of Birth	
The following states <b>require</b> sex and race to obtain information: AL, AR, FL, GA, IA, IL, IN, MI, OR, TX, WI Sex:   •Male •Female Race:  •Asian •Black •Hispanic •White •Other				
Drivers License Number			State Issuing License	
Name as it appears on license				
Signature			Today's Date	

***THIS PAGE CONTAINS SENSITIVE INFORMATION. KEEP ONLY IN SECURE FILES, SEPARATE FROM PERSONNEL RECORDS!***