



EL PASO COUNTY GENERAL ASSISTANCE OFFICE

APPLICATION

1. You and People Who Live with You

List names and information for yourself and all the people who live with you

Name (First and Last)	Social Security #	Sex M=Male F=Female	Date of Birth	Age	Race A=Asian B=Black W=White	Ethnicity H= Hispanic NH=Non- Hispanic	Citizenship US=United States R=Resident	Disabled YES / NO	Veteran YES / NO
(YOU)									

2. Address

Write in your current physical and mailing address

Home Address – Physical Address	City	State	Zip Code	Telephone Contact #
Mailing Address if Different from home address	City	State	Zip Code	Email

Have you or any household member ever been assisted by this office? Yes No

If yes please provide full name and date assisted. _____

3. Income

A. Checkmark all sources of income including benefits for all household members within the last 30 days.

- Employment
- TANF
- Social Security
- Retirement
- Unemployment
- Child Support
- Veteran's Compensation
- Other _____
- Workman's Compensation
- Food Stamps _____
- Veteran's Pension

B. List all the income information for each household member:

Person with Income	Income From?	Amount Before Taxes	How Often? Weekly, Biweekly, Monthly

C. Which best describes your home costs?

- Public Housing _____ Renting _____ Living with Other _____ Home Owner _____ Other _____

*DISCLAIMER: I AM AWARE THAT IF THE INFORMATION PROVIDE IN THIS APPLICATION IS FOUND TO BE FALSE, I WILL BE SUBJECT TO CRIMINAL, CIVIL AND ADMINISTRATIVE PENALTIES AND SANCTIONS. BY SIGNING BELOW THE APPLICANT UNDERSTANDS THAT THIS APPLICATION IS NOT A GUARANTEE OF PAYMENT OR ASSISTANCE. THIS OFFICE IS AUTHORIZED TO OBTAIN INFORMATION NECESSARY TO DETERMINE ELIGIBILITY.

SIGNATURE OF APPLICANT	DATE	SIGNATURE OF SPOUSE	DATE
FOR OFFICE USE ONLY	Date Received	Caseworker Name	Code



EL PASO COUNTY GENERAL ASSISTANCE OFFICE

APLICACION

1. Usted y las personas que viven con usted:

Nombre todas las personas que viven en el hogar empezando con usted mismo/a

Nombre (Nombre y apellido)	Número de Seguro Social	Sexo M=Masculino F=Femenino	Fecha de Nacimiento	Edad	Raza A=Asiatico A=Afroamericano B=Blanco	Origen étnico H=Hispano NH=No Hispano	Ciudadania US=USA R=Residente	Discapacitado SI / NO	Veterano SI / NO
(USTED)									

2. Dirección:

Escriba su domicilio y dirección donde reciba su correspondencia

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Dirección ó P. O. BOX – si es diferente de la anterior	Ciudad	Estado	Código Postal	Correo Electronico

¿Se le ha ayudado a usted o algún miembro de su casa en esta agencia? Si No

Si es sí por favor escriba la fecha y nombre de la persona que se ayudo. _____

3. Ingreso:

A. Marque todos los ingresos de los que viven en su casa ó que ha entrado en su casa por los últimos 30 días.

- Empleo
- Desempleo
- Compensación de trabajo
- TANF
- Manutención de niños (child support)
- Estampillas de comida _____
- Seguro Social
- Compensación de Veteranos
- Pensión de Veterano
- Pensión
- Otro _____

B. Nombre la información de ingresos de cada uno de su familia:

Persona con Ingresos	¿De dónde recibe este ingreso?	Ingresos antes de deducciones	¿Qué tan seguido? 6ajor6l, cada otra semana, Mensual

C. ¿Cómo describe 6ajor los gastos de su casa?

- Vivienda Pública _____
- Rento _____
- Viviendo con otra persona _____
- Propietario _____
- Otro _____

*AVISO: ESTOY CONSCIENTE QUE SI LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA APLICACION ES ENCONTRADA FALSA, SERE SUJETO/A A CARGOS CRIMINALES Y CIVILES, ADEMAS DE PENALIDADES Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS. AL FIRMAR ESTA APLICACION EL ASPIRANTE COMPRENDE QUE NO HAY GARANTIA DE PAGO O DE AYUDA. ESTA AGENCIA ESTA AUTORIZADA A OBTENER INFORMACION NECESARIA PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD.

FIRMA DEL APLICANTE	FECHA	FIRMA DEL ESPOSO/A	FECHA
Para uso Oficial	Fecha Recibida	Trabajador (a)	Código