



DOING THE MOST GOOD®

Date and amount client received assistance from the Water Fund: ___/___/___ \$ _____

The Salvation Army – Montgomery County - Programa del Fondo de Agua

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

State: Maryland Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

1. Número total de personas en el hogar: _____

Número de personas en el hogar quienes:

- a. Tienen 18 años o menos
- b. Tienen entre 19 y 60 años
- c. Tienen más de 60 años
- d. Anote las edades de los niños menores en el hogar _____

2. ¿Es alguien en el hogar un militar veterano? Si No

3. Ingreso total del hogar: _____ (cada dos semanas) _____ (mensual) _____ (anual)
(Todo el ingreso debe ser verificado)

4. ¿Está el jefe del hogar empleado? Si No
(Si la respuesta es sí, por favor provea la documentación para verificar el empleo del jefe del hogar)

5. ¿Cuántos miembros del hogar mayores de 18 años trabajan? _____
(Por favor proporcione la documentación para verificar el empleo de todos los miembros del hogar.)

6. La factura de WSSC Water por la cual está solicitando ayuda:
Número de cuenta: _____ Monto total adeudado: \$ _____

7. ¿Tiene un aviso de desconexión de servicio de WSSC Water? Si No

8. ¿Esta su servicio de agua desconectado? Si No

9. ¿Ha recibido anteriormente alguna ayuda del Fondo de Agua de WSSC Water? Si No
¿Si es así, ha recibido asistencia del Fondo de Agua en los últimos 12 meses? Si No
¿Cuánta asistencia recibió? \$ _____

10. Por favor explique la razón por la cual necesita ayuda con su factura de agua: _____

A mi leal saber y conocimiento, toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que “declaraciones falsas de información” podrían invalidar mi solicitud para la consideración de fondos. También entiendo que completar esta solicitud no garantiza la concesión de fondos. Además, con mi firma a continuación, autorizo a The Salvation Army a recopilar toda la información necesaria de otras agencias, socios o individuos involucrados en mi caso para calificarme para estos fondos. Esta autorización vencerá un año después de la fecha establecida abajo, a menos que yo indique el retiro de esta antes de la fecha de vencimiento abajo y por escrito a The Salvation Army.

Firma

Fecha

SOMETER



DOING THE MOST GOOD®

Date and amount client received assistance from the Water Fund: ___/___/___ \$ _____

TO BE COMPLETED BY THE SALVATION ARMY STAFF
ESTA PORCION SERA COMPLETADA POR EL PERSONAL DE THE SALVATION ARMY

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Staff verified that applicant meets income guidelines.
(Reviewing all income of all persons living in home as per guidelines) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Staff verified by call/email to WSSC Water the total amount of assistance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Staff made referral(s) made to other providers. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, list the agencies:

APPLICANT'S BILL:

Received from other sources:

(Name source and amount)	Client _____	\$ _____
	Other _____	\$ _____
	Total _____	\$ _____

Amount to be paid by WSSC Water Fund Program:

a. Water Assistance (not to exceed \$500) \$ _____

Grand Total \$ _____

Account Number: _____ **Total Amount Due: \$** _____

CASE SUMMARY (attach additional sheets as necessary):

Salvation Army Staff - Signature

Date