# COVID – County CARES

## Client Intake Application

### Personal Information

Name: _____
Sex: _____ Age:_____ DOB:_____
SSN: (optional) _____
Driver's License/ID#:_____
Phone Number:_____

Address: _____
City: _____
Zip Code: _____
County: _____

Marital Status (Circle one):
Single Married
Separated Divorced
Rent Home: Y or N
Buying Home: Y or N

Other agencies where you have applied for or gotten assistance: _____

Service you are applying for today: _____
Check all that applies:
White____ Asian & White____ Native Hawaiian/Other Pacific Islander____ Black/African American_____
Black/African American & White____ American Indian/Alaskan Native____ American Indian/Alaskan Native & Black/African American____ Balance/Other____

Disabled Y or N Female Head of Household Y or N U.S. Veteran Y or N

### Household Income

**If you are applying for financial assistance, you MUST provide proof of ALL income for the past 60 days AND Income Prior to COVID.**

What is the total *annual* income for **ALL** adult members of the household?_____

Does anyone in the household receive any of the following? Check all that apply. (Documentation Required)

o SNAP (Food Stamps) o TANF o Social Security o RSDI/SSI (Disability) o Child Support o Section 8

### All Household Members

Name:_____ Relationship:_____ Current Income: _____
Date of Birth: _____ Sex:_____Age:_____ Income Prior to COVID:_____

Name:_____ Relationship:_____ Current Income:_____
Date of Birth: _____ Sex:_____Age:_____ Income Prior to COVID:_____

Name:_____ Relationship:_____ Current Income:_____
Date of Birth: _____ Sex:_____Age:_____ Income Prior to COVID:_____

Name:_____ Relationship:_____ Current Income:_____
Date of Birth: _____ Sex:_____Age:_____ Income Prior to COVID:_____

Name:_____ Relationship:_____ Current Income:_____
Date of Birth: _____ Sex:_____Age:_____ Income Prior to COVID:_____

### It is against the law to falsify statements in order to obtain services.

I, _____, affirm that the above information is true and give my consent to Grand Prairie United Charities to verify this information through the Social Security Administration, Texas Workforce Commission, and other agencies whose documents I have presented to GPUC, so that I may receive services.

Signed: _____ Date: _____

Grand Prairie United Charities operates in accordance with Federal Civil Rights Laws and U.S. Department of Agriculture (USDA) Civil Rights Regulations and Policies. The USDA, its Agencies, Offices, Employees, and Institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on Race, Color, National Origin, Sex, Disability, Age, or Reprisal or Retaliation for prior Civil Rights Activity in any program conducted or funded by the USDA.

COVID – CUIDADOS del Condado

# Aplicación de admisión de clientes

## Información Personal

Nombre: _____ | Dirección: _____ | Estado Civil (Circule uno):

Sexo: _____Edad: _____ | Ciudad: _____ | Soltero(a) Casado(a)

Fecha de Nacimiento: _____ | Código Postal: _____ | Separado(a) Divorciado(a)

SSN: (opcional) _____ | Condado: _____ | Rentando: SI o NO

Licencia De Manejar /ID#:_____ | Número Telefónico: _____ | Comprando: SI o NO

Otras agencias en las que ha solicitado o recibido asistencia: _____

Servicio que está solicitando hoy: _____

Marque todo lo que aplica:

Blanco____ Asiático & Blanco____ Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico ____ Africano Americano_____ Africano Americano & Blanco____ Indio Americano/Nativo De Alaska ____ Indio Americano/Nativo De Alaska & /Africano Americano ____ Otro____

Discapacitado SI o NO Jefa de Hogar Femenina Si o No U.S. Veterano Si o No

## Ingresos del hogar

**Si está solicitando asistencia financiera, DEBE proporcionar una prueba de TODOS los ingresos de los últimos 60 días y de ingresos antes de COVID.**

¿Cuál es el ingreso anual total para TODOS los miembros adultos del hogar?_____

¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda. (Documentación Requerida)

o SNAP (Estampillas de Comida) o TANF o Seguro Social o RSDI/SSI (Discapacidad)

o Manutención infantil o Sección 8

## Todos los miembros del hogar

Nombre:_____ Relación:_____ Ingreso Actual: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo:_____Edad:_____ Ingreso Anterior a COVID:_____

Nombre:_____ Relación:_____ Ingreso Actual:_____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo:_____Edad:_____ Ingreso Anterior a COVID:_____

Nombre:_____ Relación:_____ Ingreso Actual:_____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo:_____Edad:_____ Ingreso Anterior a COVID:_____

Nombre:_____ Relación:_____ Ingreso Actual:_____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo:_____Edad:_____ Ingreso Anterior a COVID:_____

Nombre:_____ Relación:_____ Ingreso Actual:_____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo:_____Edad:_____ Ingreso Anterior a COVID:_____

## Es contra la ley falsificar declaraciones para obtener servicios.

Yo_____, afirmo que la información anterior es verdadera y doy mi consentimiento a Grand Prairie United Charities para verificar esta información a través de la Administración del Seguro Social, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas y otras agencias cuyos documentos he presentado a GPUC, para que pueda recibir servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Grand Prairie United Charities opera de acuerdo con las Leyes Federales de Derechos Civiles y las Regulaciones y Políticas de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). El USDA, sus Agencias, Oficinas, Empleados e Instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar basado en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por la actividad previa de derechos civiles en cualquier programa realizado o financiado por el USDA.