

Campaña Anual del Arzobispo Fondo de Asistencia para Emergencias de Necesidades Básicas Humanas

EL FONDO DE ASISTENCIA para Emergencias es subsidiado por la CAMPAÑA ANUAL DEL ARZOBISPO. Distribuido por Catholic Charities, esta es una línea directa de asistencia confidencial a través de nuestros Pastores a nuestros miembros de la parroquia.

Si usted no es miembro de la parroquia, por favor póngase en contacto con la oficina de Catholic Charities en su comunidad local.

Este fondo permite a Catholic Charities la oportunidad de prestar asistencia a individuos, **referidos por su Pastor**, para necesidades básicas humanas.

Estas necesidades pueden incluir alimentos, ropa, utilidades, médico, asistencia con la renta, reparaciones de vehículos, asesoría de presupuesto, programas de empleo, y otros recursos.



El Fondo de Asistencia para emergencias proporciona asistencia directa a los miembros de Parroquia a través de su Pastor

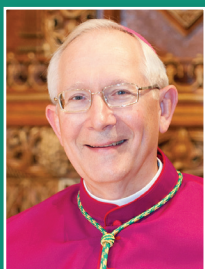
Estadísticas en Connecticut:*

- 7.1% de las familias de Connecticut viven en la pobreza
- 11.4% de las familias de Connecticut con hijos menores de 18 años viven en la pobreza
- 13.2% de las familias de Connecticut con niños menores de 5 años viven en la pobreza

Desempeo actual

- 4.6% en Connecticut y el 4.1% en los Estados Unidos

*Source: Bureau of Labor Statistics, Dec. 2017.



Reverendo Leonard P. Blair
Arzobispo de Hartford

Pastores, si usted tiene preguntas, por favor llame
1-888-405-1183



Catholic Charities

Arquidiócesis de Hartford

www.ccaoh.org



Formulario de Referido de la Parroquia

SOLICITANTE:

Favor de completar este formulario incluyendo copias de sus facturas (cuando sea apropiado) y devuélvalo dirigida a su Pastor o Sacerdote en un sobre sellado rotulado "CONFIDENCIAL."

Esta sección deberá ser completada por el Pastor o Sacerdote.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Firma Autorizada: _____*

Nombre de la Parroquia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

*Este formulario tiene que estar autorizado y enviado con copias de las facturas al:

Número de fax: (860) 548-1930.

Puede enviar el formulario por correo a
Catholic Charities Coordinador de Parroquias.
839-841 Asylum Avenue, Hartford, CT 06105-2801

Nombre del Individuo Referido: _____ Fecha del Referido: ____/____/____

Calle _____ No. Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono de la Oficina: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Tamaño de la Familia: _____

Empleado: **Si No** Si, Dónde: _____ Ingreso Familiar Total: \$ _____

Fuente de Ingresos: ____ Empleo ____ Desempleo ____ Beneficios (SS, SSI, SSD, pensión, etc.)

Estudiante Actual: **Si No** ¿Ha recibido ayuda de su parroquia o el Fondo en el pasado? **Si No**

Recibe usted servicios de Catholic Charities actualmente: **Si No** Si la respuesta es sí, describa: _____

Razón para su Petición: (Favor marcar , llenar la información y provea copia de sus facturas)

Vivienda/Necesita asistencia con la renta (favor suministrar copia de su Contrato o Hipoteca)

Número de meses en atraso: _____ Cantidad mensual de renta: \$ _____

Hipoteca (por favor incluya copia del recibo de la hipoteca)

Número de meses en atraso: _____ Cantidad mensual de hipoteca: \$ _____ Cantidad solicitada: \$ _____

Asistencia con Utilidades

Compañía de Energía Eléctrica: Cantidad solicitada: \$ _____ Número de cuenta: _____
(Favor enviar copia de la factura)

Compañía de Gas: Cantidad solicitada: \$ _____ Número de cuenta: _____
(Favor enviar copia de la factura)

Aceite para Calefacción: Cantidad solicitada: \$ _____ Nombre de la Compañía y Número de Cuenta: _____
(favor incluir copia del estado de cuenta)

Asistencia con Transportación

Reparación de Automóvil. Explique: _____

Asistencia Médica: _____

Ropa: _____

Comida: _____

Otro: _____

Nota: Una vez que se recibe este formulario de referencia, se le enviará documentación adicional para completar de manera que su caso sea revisado con precisión.

Firma del Solicitante: _____ Fecha del Referido: ____/____/____

Evaluación/Determinación: Esta parte será completada por un Representante Autorizado de Catholic Charities:

Recursos y/o otros servicios ofrecidos o provistos por Catholic Charities: _____

Fecha de Determinación y Notificación al Pastor o Sacerdote: _____

Firma Autorizada por Catholic Charities: _____

