



## POR FAVOR ESCRIBIR DE MOLDE

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zonal Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

#de dependientes (niños) en la casa: \_\_\_\_\_

¿Cuánto es el total del sueldo mensual antes de los impuestos de su casa? \_\_\_\_\_

*\* Usted está obligado a incluir todos los que viven en el hogar.*

Marqué con una palomita todos los que tiene su familia:

Medicaid     Estampillas de alimentos     Hoosier Healthwise     TANF

Almuerzo Gratis/Reducido: Verificado cerca: \_\_\_\_\_

**Usted tiene que proveer prueba de necesidad.** Puede ser una carta escrita por la Administración de Servicios Sociales para Familias que explique los beneficios que reciba o puede ser una firma de la escuela de su hijo/a verificando la elegibilidad de su hijo/a a recibir la ayuda con el almuerzo gratis o reducido. *No se considere su solicitud a revisar sin uno de estos dos tipos de verificaciones.*

*Por firmar abajo, doy permiso dar los nombres y información de mi familia a las organizaciones de patrocinadores para Solamente la intención de proveer ayuda este día de fiesta. Entiendo que el llenar de esta forma no garantiza que mi Niño va a recibir regalos de Navidad. He leído las directrices y instrucciones que se encuentran a la derecha.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
La Fecha

## Costo del programma

- Hay una tarita de solicitud de **\$5.00** POR NIÑO. Tarifa adicional de \$5.00 por solicitud tardía.
- El pago debe ser pagado a la Oficina de Servicios Juveniles (808 W Pike St, Crawfordsville).

- Los pagos no serán aceptados en ningún otro lugar.
  - Ponga todos los artículos y la tarifa en un sobre y conviértalo en un buzón negro en el porche de YSB.

Si no puede pagar la cuota de solicitud, debe completar una hora de trabajo voluntario por niño.

- Este trabajo voluntario debe realizarse en una organización sin fines de lucro o en una iglesia local.
- Si necesita ayuda para identificar un lugar, por favor recoja una lista de la YSB.

• Todo pago o verificación de las horas de voluntariado debe entregarse a la CSJ a más tardar el viernes 5 de diciembre.

**\*la tarifa y la verificación deben entregarse con la solicitud.**

• Puede entregar su formulario antes de pagar la tarifa. Sin embargo, NO podrá recoger regalos hasta que se cumpla este requisito.

• ¡DEBEMOS TENER UNA FORMA CONFIABLE PARA CONTACTO CON USTED! Por favor notifique a REINdear de cualquier cambio en su teléfono o dirección.

**\*\*Por favor devuelva este formulario antes del 6 de octubre de 2025 a la agencia o escuela de la cual usted la recibió. Los honorarios y las horas de voluntariado deben ser manejados a través de la YSB.**

Gracias, *The REINdear Program*

### For office use only:

Amount Due: \$ \_\_\_\_\_  Volunteer Hours Turned In

Amount Received: \$ \_\_\_\_\_ Received By: \_\_\_\_\_

Date entered in database: \_\_\_\_\_

Entered by: \_\_\_\_\_  Union Township

Referral Source: \_\_\_\_\_ YSB

