



**El Ingreso Para El Plan De Vecinos Sanos – Formulario De Apoyo Financiera
Para Las Personas Sin Ingreso**

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono De Casa: _____ Teléfono móvil: _____

Si su situación financiera cambia, por favor notifique a Scenic Bluffs, para poner al día su solicitud del Plan De Vecinos sanos.

Aconséjese, por favor, que el solicitante nombrado arriba nos ha informado que el/ella no tiene actualmente un ingreso estable y que usted, _____ le está apoyando a el/ella financieramente. Por favor, complete la siguiente información para verificar que esta información esté correcta para que podamos seguir con la programa de descuento de los solicitantes.

Provea la siguiente información en el evento que sea necesario comunicarnos con Ud. para obtener más información.

Nombre de la Persona Responsable: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono De Casa: _____ Teléfono móvil: _____

Nombre Escrito: _____

Firma: _____ Fecha: _____