

## SOLICITUD DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, RETENCIÓN, Y CONTINGENCIA (PRC) DEL CONDADO DE SANDUSKY

Nombre del Solicitante	Dirección
Numero de Telefono	Ciudad, Estado, y Codigo Postal

1. Explica su necesidad y estima la cantidad que solicita: \_\_\_\_\_

2. De el nombre de otras agencias que ha contactado para obtener ayuda: \_\_\_\_\_

Alguna de estas agencias le ha ayudado con esta necesidad? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, nombre de la agencia y/o agencias y diga como le ayudaron. Si no, diga porque no le ayudaron: \_\_\_\_\_

3. Completar el cuadro de abajo para cualquier persona que viva en su hogar, incluido usted mismo:

Nombre	Ciudadano Si/No	Relación con el Solicitante	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Debe verificar los ingresos de todos los miembros de su hogar:

Nombre	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual
1.		
2.		
3.		

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, le gustaria solicitar registrarse para votar aqui hoy? Si no marca ninguna de las dos lineas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. \_\_\_ Si, quiero registrarme para votar. \_\_\_ No, no quiero registrarme para votar.**  
Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento a la agencia para hacer los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad para PRC y toda la información es verdadera.

Firma	Fecha
-------	-------

**FOR AGENCY USE ONLY**

Date application received \_\_\_\_\_ 30 day budget period: from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**REQUEST: List the items and/or services and the amount requested for each:**

Item or Service	Amount needed	Item or Service	Amount needed
	\$		\$

Reason for need: \_\_\_\_\_

**RESOURCES: List the community resources explored to meet this need. If any are utilized complete the chart:**

Source	Amount	Item/Service
1.	\$	
2.	\$	

**INCOME:**

Source	Amount available in budget period	Verification
1.	\$	
2.	\$	
3.	\$	

Total income of \$ \_\_\_\_\_ Compared to PRC standard of \$ \_\_\_\_\_ for HH size of \_\_\_\_\_

Public assistance violations? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes Disq. Period from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PRC approved Complete chart Voucher # \_\_\_\_\_ Voucher Amt. \$ \_\_\_\_\_

Item/Service provided	Date of Approval	PRC Chapter

Vendor's Name	
Vendor's Address	

\_\_\_\_\_ PRC denied Date denied \_\_\_\_\_ Date denial application sent \_\_\_\_\_

Reason for denial: \_\_\_\_\_

Signature of Caseworker	Date	Signature of Supervisor	Date
-------------------------	------	-------------------------	------