

LEA ATENTAMENTE ESTA PÁGINA ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN Y **CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS.**

Querido solicitante:

Le está pidiendo a nuestra iglesia que le brinde asistencia de emergencia y aunque nos esforzamos por ayudar a los necesitados, la asistencia no está garantizada. Para procesar su solicitud, requerimos que complete la solicitud provista.

Si tiene preguntas o necesita información adicional una vez que se presenta su solicitud, llame al servicio de respuesta del Comité de Presupuesto de Diaconate al (703) 920-7293 ext. 459.

NO llame a la oficina de la iglesia sobre el estado de su solicitud, ya que SOLO los miembros del Comité de Presupuesto del Diaconado tendrán información sobre el estado de su solicitud.

\* Su solicitud debe estar sellada en un sobre y dirigida exactamente como se indica a continuación:

Mount Olive Baptist Church

1601 13th Road South Arlington, VA 22204

Atención: Comité de Presupuesto del Diaconado.

Una vez que se tome una decisión sobre su solicitud, un miembro del Comité de Presupuesto del Diaconado se comunicará con usted. El banco de la iglesia no aceptará un cheque depositado electrónicamente. Si se intenta depositar un cheque electrónicamente, la iglesia no lo reemplazará.

\* NOTA: NO se considerarán las solicitudes incompletas, enviadas por fax o por correo electrónico. El personal de Mount Olive Office NO está obligado a hacer copias de ningún documento que se presente con su solicitud.

Sinceramente,

Comité de presupuesto del diaconado

LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN Y **CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS.**

Iglesia Bautista Mount Olive

1601 South 13th Road Arlington, Virginia 22204

Solicitud de solicitud de asistencia de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Eres miembro de la Iglesia Bautista Mt Olive? Si \_\_\_ no \_\_\_

¿Cómo se enteró del Programa de Asistencia de Emergencia Diaconate?

\_\_\_\_\_

Nombres y fecha de nacimiento de las personas que viven en su hogar:

Nombres	Fecha de Nacimiento
---------	---------------------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

¿Actualmente recibe algún tipo de asistencia pública? Si \_\_\_ no \_\_\_

Indique claramente sus razones para solicitar asistencia.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Cuál es el monto total de su solicitud? \_\_\_\_\_

¿Has recibido asistencia de la Iglesia Bautista Mt Olive en los últimos doce meses? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Está trabajando actualmente? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Indique las fuentes y el monto total de sus ingresos mensuales del hogar. \_\_\_\_\_

---

---

---

Explique si podrá y cómo podrá mantener sus responsabilidades financieras mensuales en el hogar si se le brinda asistencia.

---

---

---

---

---

---

Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de su arrendador.

---

---

---

---

---

---

Adjunte los siguientes documentos y envíe su solicitud completa al Comité de Presupuesto del Diaconado de la Iglesia Bautista Mount Olive:

- Copia de su identificación con la dirección actual.
- Copia de su contrato de arrendamiento.
- Copia de los proyectos de ley que le está pidiendo al comité que le ayude.
- Copia de sus fuentes de ingresos mensuales.
- La copia de cualquier documento que considere ayudará al comité a tomar una decisión sobre su solicitud.

Tenga en cuenta que las solicitudes incompletas no serán consideradas para asistencia financiera. **El personal de la oficina de Mount Olive no está obligado a hacer copias de los documentos que se presentan con su solicitud.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_