



## TOWN OF HUNTINGTON

### MOCHILAS PARA EL PROGRAMA TRIUNFO

**Fecha limite: Abril 22, 2013**

Nombre: \_\_\_\_\_ ( ) Niño ( ) Niña

Edad: \_\_\_\_\_ Grado al que va ha estar en el Otono del 2013: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Còdigo Postal \_\_\_\_\_

Numero telefono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Esta usted recibiendo una mochila de otra organizacion? \_\_\_\_\_

Si es asi, ¿Cual es el nombre de la organizacion? \_\_\_\_\_

¿Recibe usted Asistencia Pùblica? Encierre en un círculo la que corresponda:

Medicaid    ADC    Cupones de Alimentos    Desempleo

Nùmero de Caso: \_\_\_\_\_

Ingresos Familiares: Anual \$ \_\_\_\_\_

¿Es el solicitante un niño adoptivo? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No    Caso # \_\_\_\_\_

Declaración del solicitante:

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/acudiente del niño mencionado anteriormente  
\_\_\_\_\_, declaro que nosotros somos residentes de la  
Ciudad de Huntington.

Yo declaro, sujeto a penalidades de perjurio, que las declaraciones hechas en esta  
aplicación son verdaderas y correctas.

Firma del padre/acudiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/acudiente (molde) \_\_\_\_\_

**Por favor regrese la aplicacion llena a: Jillian Guthman-Abadom, Director of Human Services  
Town of Huntington  
100 Main Street  
Huntington, New York 11743  
Telephone No. 631-351-2862**

Las aplicaciones serán compartidas con otras organizaciones para evitar servicios duplicados.

Nombre de la Organizacion/Individuo que suministro esta aplicacion \_\_\_\_\_