



COLUSA COUNTY CAPC
FAMILY RESOURCE CENTER

Ticket

County Programa de Juguetes para Niños

131 5th Street
Colusa, CA 95932

Colusa CAPC y el Centro de Recursos Familiares en el condado de Colusa coordinan el programa CHP Toys for Kids. Quizás no sea posible proporcionar juguetes a todas las familias. Sin embargo, si desea ser considerado para un juguete, complete este formulario en su totalidad. El último día para entregar el formulario **es el lunes 9 de diciembre de 2024**. Tráiganos el formulario lo antes posible para que el grupo tenga tiempo de planificar. ***jNO ACEPTAMOS SOLICITUDES TARDÍAS! La solicitud debe entregarse CON ACTA DE NACIMIENTO o REGISTRO DE VACUNA SÓLO para que los niños de 11 años o menos sean considerados.***

POR FAVOR, ENTREGUE EN PERSONA o envíelos por correo electrónico a mcotter@colusacapc.net A MÁS TARDE DEL 9 DE DICIEMBRE DE 2024 a las 4:30 p. m.

*****Este año enviaremos por correo "BOLETOS DE ORO". DEBE traer esos documentos el día de la distribución, para que sepamos que sus solicitudes han sido aceptadas. Si no tiene este boleto, no podrá recogerlo. juguetes*****

Nombre de la madre: _____ Cumpleaños de la madre: _____

Nombre del padre: _____ Cumpleaños del Padre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombres y edades de los niños: _____ Verified by: Birth Certificate Shot Record Initials: _____

M F _____ M F _____

M F _____ M F _____

¿Qué dificultades enfrenta su familia que le obligan a buscar ayuda para las fiestas?: _____

Determinación de elegibilidad:

Debido a los fondos limitados, las siguientes preguntas ayudarán a CAPC a determinar tanto la elegibilidad como la prioridad para el programa CHiPs for Kids. **POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

Renta:

Ingresos del hogar en octubre de 2024: \$ _____ Fuente de ingresos: _____

¿Alguien en su hogar recibe lo siguiente: (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

SSI/SSDI CalFresh CalWORKs Desempleo WIC Medicare

¿Usted o algún miembro de su familia en su hogar recibe Medi-Cal? Sí o NO

Salud:

¿Está buscando vivienda o corre el riesgo de quedarse sin hogar? Sí o NO

Autorización y certificación:

Autorizo la divulgación de mi nombre, número de teléfono y dirección para CAPC para determinar la elegibilidad del programa CHiPs for Kids. Doy fe de que la información que estoy proporcionando al Centro CAPC y FRC de Colusa en esta solicitud es verdadera, a mi leal saber y entender, y puede usarse para determinar la elegibilidad para otros servicios disponibles, para los cuales yo o los miembros de mi familia podemos ser potencialmente elegibles.

Signature: _____ Date: _____