

Pwogram Asistans pou Enèji nan Kay Demann Avantaj pou Asistans Refwadisman

Dat yo Resewwa li: _____

Nimewo Dosye a: _____

ENFÒMASYON SOU MOUN KI APLIKE A				
Prenon	Inisyèl Dezyèm Prenon	Non Fanmi	SSN (4 dènye chif yo)	
Adres Kay			Nimewo Apatman	Vil
Eta	Kòd Postal	Konte		Nimewo Telefòn Lajounen

Èske fanmi an t'ap resevwa TA oswa SNAP ki ap kontinye nan moman avantaj regilye yo?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
Si repons lan se Wi, èske fanmi an toujou ap resevwa TA oswa SNAP ki ap kontinye? (Si repons lan se Non, aplikan an dwe ranpli yon nouvell aplikasyon epi soumèt tout dokiman yo)	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
Èske aplikan an te demenaje depi apre lè ke li te aplike pou avantaj regilye yo?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
(Si repons lan se Wi, aplikan an dwe ranpli yon nouvell aplikasyon epi soumèt tout dokiman yo)		

Èske kay moun ki ap aplike a gen yon moun ki gen yon pwoblèm medikal ki vin pi grav akòz chalè ekstrèm yo? Si ou di wi, tanpri bay nòt yon doktè, yon asistan doktè oswa yon enfimyè pratisyen ki gen dat nan dènye douz (12) mwa yo anvan mwa aplikasyon ki endike pwoblèm medikal sa a.	<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Si se Wi, non moun nan:
---	---

SIYATI MOUN KI APLIKE AN	
Siyati:	Dat:

FOR AGENCY USE ONLY / SEKSYON SA A SE POU AJANS LAN UTILIZE SÈLMAN				
<input type="checkbox"/> Pended	Start:	End:		
<input type="checkbox"/> Denied	Reason:			
<input type="checkbox"/> Approved	Date:	Vendor Name:	Vendor Number:	
Worker Signature:	Date:	Supervisor's Initials:	Date:	
Comments:				