



**COMMUNITY ACTION
FUEL ASSISTANCE**

PO Box 1432
Greenfield MA 01302
Телефон: 413 774
2310
Факс: 413 772 2733

Другие члены домохозяйства

№ заявления: _____

Имя главы
домохозяйства: _____

Дата: _____

Заполните требуемые сведения ниже для всех лиц, добавляемых в заявление.

Знак * обозначает, что указание этих сведений обязательно.

Для подчеркнутых пунктов используются коды. Коды указаны в виде списков ниже.

Подтверждение личности, проживания, гражданства/статуса квалифицированного иностранца и дохода являются обязательными. Для получения списка допустимых документов см. материалы, прилагаемые к вашему уведомлению или письму о неполном заполнении заявления, или

*Полное имя Имя Фамили я	*Дата рождени я	SSN или ITIN (социальное страхование)	*Дохо д	Генде р	Инвалидность	Образовани е	Медицинско е страхование	Расовая принадлежност ь	Этническая принадлежност ь

Коды

<u>Доходы</u>		<u>Образование</u>	<u>Расовая принадлежность</u>	<u>Медицинское</u>	<u>Этническая принадлежность</u>
A: Заработная плата B: Индивидуальная деятельность C: SSA D: SSI/SSP E: TANF/AFDC F: EAEDC G: Пособие по безработице H: Ветеранское пособие I: Пенсия/аннуитеты	J: Компенсация работникам K: Проценты/дивиденды L: Арендный доход M: Алименты на ребенка/супружеские алименты N: Другое O: Нет P: Случайные работы Q: Единовременная выплата S: Нетрудоспособность	1: 0–8 классов 2: 9–12 классов 3: Диплом об окончании старшей школы/GED 4: 12 классов и послешкольное образование 5: Диплом колледжа (2 или 4 года) 6: Диплом колледжа (4+)	1: Американский индеец/коренной житель Аляски 2: Азиатского происхождения 3: Чернокожий/афроамериканец 4: Коренной житель Гавайских	Y: Да N: Нет	H: Латиноамерика
			<u>Гендер</u> M: Мужской F: Женский O: Другое	<u>Нетрудоспособность</u> Y: Да N: Нет	