



**COMMUNITY ACTION
FUEL ASSISTANCE**

PO Box 1432
Greenfield MA 01302
Teléfono: 413 774 2310
Fax: 413 772 2733

Miembros adicionales del grupo familiar

Número de solicitud: _____

Llene la siguiente información sobre todas las personas que se añaden a la solicitud.

* Significa que la información es requerida.

Los elementos subrayados tienen códigos. Consulte las listas a continuación para conocer los códigos.

Se requiere verificación de identidad, residencia, ciudadanía/estado de extranjero calificado e ingresos. Para conocer la documentación aceptable, consulte los materiales proporcionados con su solicitud, su carta de solicitud incompleta o contáctenos.

Nombre del jefe del hogar: _____

Fecha: _____

*Nombre completo Primer nombre Apellido	*Fecha de nacimiento	SSN (Número de Seguridad Social) ○ ITIN (Número de Identificación Fiscal General) (Seguridad social)	*Ingresos	Género	Discapacidad	Estudios	Seguro médico	Raza	Etnia

Códigos

Ingresos		Estudios		Raza		Seguro médico		Etnia	
A: Sueldos	J: Compensación del trabajador	1: 0-8.º grado	1: indígena estadounidense/nativo de Alaska	Y: Sí	H: hispano				
B: Autoempleo	K: Intereses/Dividendos	2: 9.º -12.º grado	2: asiático	N: No	N: no hispano				
C: SSA	L: Ingresos por alquiler	3: graduado de la escuela secundaria/GED	3: afrodescendiente/afroamericano						
D: SSI/SSP	M: Pensión alimenticia/Manutención infantil	4: 12.º grado más algunos estudios postsecundarios	4: hawaiano/de las islas del Pacífico						
E: TANF/AFDC	N: Otros	5: 2 o 4 años de estudios universitarios	5: blanco						
F: EAEDC	O: Ninguno	6: más de 4 años de estudios universitarios	6: Otro						
G: Desempleo	P: Trabajos ocasionales		7: multirracial (2 o más razas)						
H: Beneficios para veteranos	Q: Suma global								
I: Pensión/A anualidad	S: Discapacidad								
				Género	Discapacidad				
				M: masculino	Y: Sí				
				F: femenino	N: No				
				O: otro					