



**COMMUNITY ACTION
FUEL ASSISTANCE**

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

Membru(i) suplimentar(i) al gospodăriei

Vă rugăm să completați informațiile de mai jos pentru toate persoanele adăugate la cerere.

* Înseamnă că informația este obligatorie.

Elementele subliniate au coduri. Consultați listele de mai jos pentru coduri.

Este necesară verificarea identității, a reședinței, a cetățeniei/statutului de străin calificat și a veniturilor. Pentru documentația acceptabilă, vă rugăm să consultați materialele furnizate împreună cu cererea dvs., scrisoarea dvs. incompletă sau să ne contactați.

Numărul cererii:

Numele capului gospodăriei:

Data:

*Nume complet Prenume Nume de familie	*Data nașterii	SSN sau ITIN (Asigurare socială)	*Venit	Sex	Dizabilități	Educație	Asigurare de sănătate	Rasă	Etnie

Coduri

<u>Venituri</u>	<u>Educație</u>	<u>Rasă</u>	<u>Asigurare sănătate sănătate</u>	<u>Etnie</u>
A: Salarii B: Activitate independent C: SSA D: SSI/SSP E: TANF/AFDC F: EAEDC G: Șomaj H: Beneficiile veteranilor I: Pensie/Anuitate J: Indemnizație pt. K: accident de muncă L: Dobânzi/Dividende M: Venituri din chirii N: Pensie alimentară/ajutor pentru copii O: Altele P: Niciuna Q: Joburi mărunte R: Sumă forfetară S: Dizabilitate	1: 0-8 clase 2: 9-12 clase 3: Absolvent de liceu/Ged 4: 12+ Unele studii postliceale 5: Absolvent de colegiu de 2 sau 4 ani 6: 4+ absolvent de colegiu	1: Indian american/nativ din Alaska 2: Asiatic 3: Negru/Afro-american 4: Hawaiian/insular din Pacific 5: Alb 6: Altele	Y: Da N: Nu M: Masculin F: Feminin O: Altele	H: Hispanic N: Non-Hispanic <u>Dizabilitate</u> Y: Da N: Nu