



2012 Houston Children's Charity Children's Bed Application



Date of Application: _____ (Please PRINT Clearly)

Name: _____

Spouse Name: _____

Address: _____ Apt. Number: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

E-Mail Address: _____

Home Phone: Yes No Number: _____ Rent Amount: \$ _____

Cell Phone: Yes No Number: _____ Landlord: _____

Work Phone: Yes No Number: _____ Extension: _____

Marital Status: Married Single Parent Divorced Separated Living Together

Language: English Spanish How many children are in your Legal Custody? _____

What is your monthly household income, including any government assistance? \$ _____

(To receive a twin bed for your child, the child must be between 4 and 18 years old. Maximum of 4 beds per family.)

How many TWIN beds are you requesting? _____ Please list your children's information below:

Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____
Name _____	Age _____	Girl or Boy _____	Birth Date _____

Please provide the following information and then check off that you have attached each item:

- A hand written letter stating why you need beds
- A copy of each child's Birth Certificate
- A copy of your valid photo ID
- A copy of your Rental Agreement
- A copy of your most current electric bill and most current phone bill
- A copy of Food Stamps Letter, Medicaid Letter, or any other form of Government assistance

Note: Participation in this program is limited and will be filled on a first come, first served basis. The program has a maximum of 4 beds to any one family on a one time basis. Upon receipt of COMPLETE application and documentation, you may be contacted to set up a site visit at your home with a representative of Houston Children's Charity. You will be notified of approval after the completion of the site visit. If your contact information changes (phone number or address), please call our office to update your information.

Please mail this completed form along with copies of the required documents listed above to the following address: (Fax copies and incomplete requests will not be processed.)

Houston Children's Charity • 230 Westcott, Suite 202 • Houston, TX 77007



2012 Houston Children's Charity Children's Bed Application



Fecha de aplicación: _____ (en imprenta legible)

Nombre: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Dirección: _____ Apt. Número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección E-Mail: _____

Teléfono de casa: Sí No Número: _____ Renta: \$ _____

Teléfono celular: Sí No Número: _____ propietario: _____

Teléfono de Trabajo: Sí No Número: _____ Extensión: _____

Estado civil: Casado Soltero Padres Divorciados Separados Convivir

Idioma: Inglés Español Cuántos niños están en su custodia legal? _____

Cuál es su ingreso familiar mensual, incluyendo la asistencia del gobierno? \$ _____

(Para recibir una cama doble de su hijo, el niño debe tener entre 4 y 18 años de edad. Numero maximo de 4 camas por familia.)

Cuántas camas TWIN están solicitando? _____ Por favor escriba la informacion de sus hijos por debajo de:

Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Edad _____	Ninas o Ninos _____	Fecha de Nacimiento _____

Por favor, complete el siguiente formulario y luego de marcar que ha conectado cada elemento:

- Una carta escrita a mano por que usted necesita camas Una copia del certificado de nacimiento de cada niño Una copia de su identificación con foto válida
- Una copia de su contrato de alquiler Una copia de su más reciente teléfono de facturas de electricidad y la corriente más cuenta de
- Una copia de la Carta de estampillas de comida, Medicaid, Carta, o cualquier otra forma de asistencia gubernamental

Nota: La participación en este programa es limitado y se llena en un primer llegado, primer servido base. El programa tiene un máximo de 4 camas para una sola familia en una base de tiempo. Una vez recibida la solicitud completa y la documentación, puede ponerse en contacto para establecer una visita en su casa con un representante de la Caridad de Houston para niños. Se le notificará de la aprobación después de la finalización de la visita. Si cambia su información de contacto (número de teléfono o dirección), por favor llame a nuestrooficina para actualizar su información. Por favor envíe este formulario completo junto con las copias de los documentos requeridos antes mencionados a la siguiente dirección: (. Copias de fax y las solicitudes incompletas no serán procesadas)

Houston Children's Charity • 230 Westcott, Suite 202 • Houston, TX 77007