



Hidalgo County Community Service Agency
 2524 N. Closner Blvd. Edinburg TX. 78541
 Office: 956-383-6240
 Fax: 956-380-4324



DISASTER RELIEF APPLICATION

Solicitud para Ayuda en Caso de Desastre

Applicant Name/**Nombre de Apicante:** _____ Date/**Fecha:** _____

Case Number/**Numero de Caso:** _____ Contact Number/**# de Telefono:** _____

Physical Address/**Direccion Fisica:** _____

Current Location/ **Ubicacion Actual:** _____

Do you: Own or Rent/**Es usted dueño o alquila:** _____

Are you currently unable to live in your Residence? **Yes No**

Puede vivir en su residencia? Si No

If yes, are you currently staying with: Family Friend Shelter Hotel/Motel

Si no puede vivir en su casa ahorita, se esta quedando con: Familia Amigos Abrigo Hote/Motel

HOUSEHOLD COMPOSITION AND CHARACTERISTICS: List the Head of Household and all other persons who live in the unit. Complete the following:

COMPOSICION Y CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Porfavor deanotar a todas las personal en su casa.

Complete lo siguiente:

Household Members/ Miembros del hogar	Date of Birth/ Fecha de nacimiento	Age/ Edad	Sex/ Sexo	Disabled/ Desabilitado	Race/ Raza	Ethnicity/ Etnicidad

Obtain a Declaration of Income Statement (DIS) for all household members 18 years of age or older.

CERTIFICATION SECTION/ SECCION DE CERTIFICACION

I certify that the information provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. (Applicants **MUST** sign and date this section)

Certifico que la informacion proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta por lo mayor de mi conocimiento.

Applicant Signature/**Firma de Apicante** _____ Date/**Fecha** _____

Agency Signature/**Fima de Agencia** _____ Date/**Fecha** _____

Indicate funds used to pay for assistance. Check all that apply:

CEAP **CSBG** **Other**