

**UNITED METHODIST CENTRAL VALLEY DISTRICT COVID-19 RELIEF FUND  
DISTRITO DEL VALLE CENTRAL METODISTA UNIDO FONDO DE RELIEVE COVID-19**

**APPLICATION/SOLICITUD**

1. Date of Application/Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_
2. Full Legal Name/Nombre legal completo: \_\_\_\_\_
3. Preferred Name/Nombre preferido: \_\_\_\_\_
4. Full Address of Residence/Dirección completa de residencia:  
Street/Calle: \_\_\_\_\_  
City/Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip/Código postal: \_\_\_\_\_
5. Preferred Method of Contact (choose one)/Método de contacto preferido (elija uno):  
 Telephone/Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Text/Texto: \_\_\_\_\_  
 E-mail/Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Mail--Mailing address if different from above/Correo-Dirección postal si es diferente a la anterior:  
Street/Calle: \_\_\_\_\_  
City/Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip/Código postal: \_\_\_\_\_
6. Preferred Language/Idioma preferido: \_\_\_\_\_
7. Age of Applicant/Edad del solicitante: \_\_\_\_\_
8. Number of persons in household? ¿Número de personas en el hogar? \_\_\_\_\_
9. Ages of all persons in household/Edad de todas las personas en el hogar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Any underlying medical conditions within the household? ¿Alguna condición médica subyacente dentro del hogar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Are you or anyone in your household an essential worker?/¿Es usted o alguien en su hogar un trabajador esencial?  
Yes/Si  No/No

12. Have you or anyone in your household experienced job or income loss?/¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado pérdida de trabajo o ingresos?  
 Yes/Si  No/No
13. Have you or anyone in your household lost income due to COVID-19?/¿Usted o alguien en su hogar ha perdido ingresos debido a COVID-19?  
 Yes/Si  No/No
14. Are you or anyone in your household receiving financial assistance?/¿Usted o alguien en su hogar recibe asistencia financiera?  
 Yes/Si  No/No
15. What do you need assistance with?/¿Con qué necesitas ayuda? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
16. Other information/Otra información: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALL INFORMATION PROVIDED IS CONFIDENTIAL**  
**TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL**

Church Name/Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_

Central Valley District Church Circuit/Circuito de la Iglesia del Distrito del Valle Central:  
 \_\_\_\_\_

Pastor or Designated Church Representative Name/Nombre del pastor o representante designado de la iglesia:  
 \_\_\_\_\_

Telephone/Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail Address/Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**RETURN APPLICATION FORM TO AMANDA BULLS-STEPHENS  
 1249 D STREET, REEDLEY, CA 93654 or [bighatbulls@hotmail.com](mailto:bighatbulls@hotmail.com)**