

**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 such as unemployment, stimulus check or other government assistance?/¿Usted o alguien en su hogar recibe asistencia financiera como desempleo, chequeo de estímulo u otra asistencia gubernamental?
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: _____ Circuit/Circuito: _____

Pastor Name and Signature _____

Nombre del pastor y Firma: _____

Telephone/Teléfono: _____

E-mail Address/Dirección de correo electrónico: _____

Mail Check to/Cheque por correo a _____ :

**RETURN APPLICATION FORM TO AMANDA BULLS-STEPHENS
1249 D STREET, REEDLEY, CA 93654 or bighatbulls@hotmail.com**