



# 2016 Application for Services

## Dear Applicant:

*Estimado Solicitante:*

Thank you for your interest in 2016 Client Services. Enclosed you will find an application for assistance along with detailed instructions to help you accurately complete your application.

Please note that a signed, completed application and all required documents must be submitted in order for your application to be processed in a timely manner. Failure to submit the required documentation will result in delayed processing or denial of your application.

## Complete Applications

Complete Applications may be submitted, in person at:  
*Las solicitudes completadas pueden ser entregadas en persona en:*

GCCSA Corporate Office  
9320 Kirby Drive, Houston, TX 77054  
*Oficina Corporativa del GCCSA  
9320 Kirby Drive, Houston, TX 77054*

Scheduled Monday and Tuesday  
8:30AM – 4:00PM  
*Lunes – Martes (solamente)*

**\*\*Dates and Times subject to change.**

**Visit [www.GCCSA.org](http://www.GCCSA.org) for dates  
and more information**

### **FOR OFFICE USE ONLY SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_:\_\_\_ am/ pm

GCCSA Specialist Initials: \_\_\_\_\_

## Application for Services Checklist

### ☐ GCCSA 2016 Application

Pages 1-10, complete all questions

- Picture Identification\* at time of visit  
*Identificación con foto\**
- Proof of Harris County Residency\*  
*Prueba de residencia en el condado de Harris\**

### ☐ Income

- Must submit proof of current income for all household members eighteen (18) years of age and older. *Prueba de ingresos para los últimos 30 días (si aplica)*
- Must be consecutive payment periods and within last thirty (30) days of the completed application date *\*Prueba de ningún ingreso en los últimos 30 días (si aplica)\**

- ### ☐ Current, signed Lease Agreement (all pages) with Rental Concession Addendum/Renewal Agreement/Housing Re-Certification are required, if applicable
- Se requiere de (si aplicable): Actual Acuerdo de arrendamiento firmado (todas las páginas) con Anexo de concesión de alquiler/Acuerdo de renovación /Recertificación de vivienda*

### ☐ Current Month, Notice to Vacate

- ### ☐ For Electric Bill Assistance, submit a front and back copy of your recent electric bill showing service address (must have all other items listed above)
- Para asistencia con el pago de luz, entregar una copia de la parte delantera y trasera de su actual cuenta actual de la luz que muestra la dirección de servicio (tiene que también tener todas las otras cosas arriba alistadas)*

\*For a detailed list of required documents, please refer to the “**What Do I Need**” **Worksheet**, available at GCCSA Lobby and online.

*\* Para una lista detallada de documentos aceptados, favor de referirse a la forma “What Do I Need”. La forma “Que Necesito” está disponible en la recepción del GCCSA y en el Internet.*



**PART ONE – HOUSEHOLD INFORMATION** *PARTE UNO – INFORMACION SOBRE LA VIVIENDA*

<b>First Name</b> Nombre de pila/primer nombre	<b>Last Name</b> Apellido	<b>Social Security No.</b> (Numero de Seguro Social)  -- --	
<b>Street address: (include Apartment No., if applicable)</b> Dirección física/de calle: (incluir número de apartamento, si aplica)	<b>City, State</b> Ciudad, estado	<b>County</b> Condado	<b>Zip Code</b> Código postal
<b>Personal Email Address:</b> Correo electrónico personal:	<b>Mobile phone no.:</b> Teléfono móvil: (      )	<b>Home phone no.:</b> Teléfono de casa: (      )	

**ALTERNATE CONTACT NAME / NUMBER (REQUIRED)** *NOMBRE/TELEFONO DE CONTACTO ALTERNO (NECESARIO)*

<b>First Name (Not a household member)</b> Nombre de pila/primer nombre (No miembro del hogar)	<b>Last Name</b> Apellido	<b>Relationship to Applicant (Circle One)</b> Relación con el solicitante (circule uno) <b>Relative</b> (Pariente) / <b>Friend</b> (Amistad) / <b>Co-Worker</b> (Colega de Trabajado)
<b>Personal Email Address:</b> Correo electrónico personal:	<b>Mobile phone no.:</b> Teléfono móvil: (      )	<b>Home phone no.:</b> Teléfono de casa: (      )

**LIST ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS** *ALISTE TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE LA VIVIENDA*

<b>Name (First and Last Name)</b> Nombre (de pila/primer y apellido)	<b>Phone Number</b> numero de teléfono	<b>Social Security No.</b> n° de seguro social
1.	(      )	-- --
2.	(      )	-- --
3.	(      )	-- --
4.	(      )	-- --
5.	(      )	-- --
6.	(      )	-- --

**If more than 6 members in the Household, please use and attach an additional page.**  
Si hay más de 6 miembros en la vivienda, favor de adjuntar una hoja adicional.

**TYPE OF HOUSEHOLD** *TIPO DE VIVIENDA*

- ☐ Single Parent-Female *Madre soltera*  
☐ Single Parent-Male *Padre soltero*  
☐ Single Person *Persona soltera*  
☐ Two Parent Household  
*Vivienda con dos padres*  
☐ Two Adults, No Children  
*Dos adultos, ningún niño*  
☐ Other *Otro*

**HOUSING** *VIVIENDA*

- ☐ Apartment *Apartamento*  
☐ Homeless *Desahuciado/sin vivienda*  
☐ Homeowner *Propietario de casa*  
☐ Housing Assistance *La Autoridad de Viviendas*  
☐ Other *Otro* \_\_\_\_\_



# PART TWO - HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS (MUST COMPLETE ALL BOXES)

PARTE DOS – DEMOGRAFICOS DE LA VIVIENDA (DEBE COMPLETAR TODAS LAS CAJAS)

NAME (First and Last) NOMBRE (de pila/primer y apellido)	Household Relationship Relación con el solicitante	Birth Date and Age Fecha de nacimiento y edad	Gender Genero	Education Educación	Race (Select One) Raza (seleccione uno)	Ethnicity (Select One) Etnia (seleccione uno)	Other Info Otro
	<b>SELF / HEAD OF HOUSEHOLD (HH)</b> <i>USTED / CABEZA DE LA FAMILIA (HH, por sus siglas en inglés)</i>	AGE _____ BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade 0-8° ano de escuela <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad 9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED Graduado de la preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. Más de 12°/universidad <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree Título de 2 o 4 anos	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other Otro	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Health Insurance Ningún seguro de salud <input type="checkbox"/> Disabled Discapacitado <input type="checkbox"/> Veteran Veterano de guerra
<b>Household Member #2</b> <i>Miembro de la vivienda n°2</i>	<input type="checkbox"/> Co-head of HH <i>Cabeza del hogar en conjunto</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Other Adult <i>Otro adulto</i> <input type="checkbox"/> Child (Son/Daughter) Nino (hijo/hija) <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <i>Otro, especificar</i>	AGE _____ BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade 0-8° ano de escuela <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad 9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED Graduado de la preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. Más de 12°/universidad <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree Título de 2 o 4 anos	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other Otro	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Health Insurance Ningún seguro de salud <input type="checkbox"/> Disabled Discapacitado <input type="checkbox"/> Veteran Veterano de guerra
<b>Household Member #3</b> <i>Miembro de la vivienda n°3</i>	<input type="checkbox"/> Co-head of HH <i>Cabeza del hogar en conjunto</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Other Adult <i>Otro adulto</i> <input type="checkbox"/> Child (Son/Daughter) Nino (hijo/hija) <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <i>Otro, especificar</i>	AGE _____ BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade 0-8° ano de escuela <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad 9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED Graduado de la preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. Más de 12°/universidad <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree Título de 2 o 4 anos	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> White Blanco <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other Otro	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Health Insurance Ningún seguro de salud <input type="checkbox"/> Disabled Discapacitado <input type="checkbox"/> Veteran Veterano de guerra

## PART TWO - HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS (MUST COMPLETE ALL BOXES) CONTINUED

### PARTE DOS – DEMOGRAFICOS DE LA VIVIENDA (DEBE COMPLETAR TODAS LAS CAJAS)

<b>Household Member #4</b> <i>Miembro de la vivienda n°4</i>	<input type="checkbox"/> Co-head of HH <i>Cabeza del hogar en conjunto</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Other Adult <i>Otro adulto</i> <input type="checkbox"/> Child (Son/Daughter) <i>Nino (hijo/hija)</i> <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <i>Otro, especificar</i>	AGE  <hr/> BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>  <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade <i>0-8° ano de escuela</i> <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad <i>9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior</i> <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED <i>Graduado de la preparatoria/ GED</i> <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. <i>Más de 12°/universidad</i> <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree <i>Título de 2 o 4 anos</i>	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ <i>Negro/Afroamericano</i> <input type="checkbox"/> White <i>Blanco</i> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/Latino</i> <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <i>No Hispano/Latino</i>	<input type="checkbox"/> No Health Insurance <i>Ningún seguro de salud</i> <input type="checkbox"/> Disabled <i>Discapacitado</i> <input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano de guerra</i>
<b>Household Member #5</b> <i>Miembro de la vivienda n°5</i>	<input type="checkbox"/> Co-head of HH <i>Cabeza del hogar en conjunto</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Other Adult <i>Otro adulto</i> <input type="checkbox"/> Child (Son/Daughter) <i>Nino (hijo/hija)</i> <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <i>Otro, especificar</i>	AGE  <hr/> BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>  <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade <i>0-8° ano de escuela</i> <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad <i>9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior</i> <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED <i>Graduado de la preparatoria/ GED</i> <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. <i>Más de 12°/universidad</i> <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree <i>Título de 2 o 4 anos</i>	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ <i>Negro/Afroamericano</i> <input type="checkbox"/> White <i>Blanco</i> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/Latino</i> <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <i>No Hispano/Latino</i>	<input type="checkbox"/> No Health Insurance <i>Ningún seguro de salud</i> <input type="checkbox"/> Disabled <i>Discapacitado</i> <input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano de guerra</i>
<b>Household Member #6</b> <i>Miembro de la vivienda n°6</i>	<input type="checkbox"/> Co-head of HH <i>Cabeza del hogar en conjunto</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> Other Adult <i>Otro adulto</i> <input type="checkbox"/> Child (Son/Daughter) <i>Nino (hijo/hija)</i> <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <i>Otro, especificar</i>	AGE  <hr/> BIRTHDATE Mo/Day/Yr	<input type="checkbox"/> Male <i>Hombre</i>  <input type="checkbox"/> Female <i>Mujer</i>	<input type="checkbox"/> 0-8 grade <i>0-8° ano de escuela</i> <input type="checkbox"/> 9-12/Non-grad <i>9°-12°/no graduado de la preparatoria/escuela superior</i> <input type="checkbox"/> H.S. grad/ GED <i>Graduado de la preparatoria/ GED</i> <input type="checkbox"/> 12+ Post Sec. <i>Más de 12°/universidad</i> <input type="checkbox"/> 2 or 4 Year Degree <i>Título de 2 o 4 anos</i>	<input type="checkbox"/> Black/Afr. American/ <i>Negro/Afroamericano</i> <input type="checkbox"/> White <i>Blanco</i> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Multi-race Razas múltiples <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/Latino</i> <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <i>No Hispano/Latino</i>	<input type="checkbox"/> No Health Insurance <i>Ningún seguro de salud</i> <input type="checkbox"/> Disabled <i>Discapacitado</i> <input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano de guerra</i>

**If there are more than 6 members in your household, please use and attach an additional page.**

Si hay más de seis miembros en su vivienda, favor de adjuntar una hoja adicional.

# PART THREE - INCOME SOURCES – ADULTS ONLY PARTE TRES – RECURSOS DE INGRESOS- SÓLO PARA ADULTOS

NAME (First and Last) <i>NOMBRE (de pila/primer y apellido)</i>	Employed? <i>¿Empleado?</i>	How often are you paid? <i>¿Cada cuanto le pagan?</i>	Other Sources of Income (check all that apply) Documentation required for all Income Sources selected. <i>Otros recursos de ingreso (ponga tilde a todos los que aplican)</i>				No Proof of Income <i>NINGUN INGRESO</i>
<b>Applicant / Self</b> <i>Solicitante/Usted</i>	<input type="checkbox"/> YES / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> NO / <i>No</i> <input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED / <i>Empleado por cuenta propia</i>	<input type="checkbox"/> Weekly <i>Semanalmente</i> <input type="checkbox"/> Twice, Monthly <i>Dos veces al mes</i> <input type="checkbox"/> Bi-weekly <i>Cada dos semanas</i> <input type="checkbox"/> Monthly <i>Mensualmente</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otro</i> _____	<input type="checkbox"/> Paid in Cash <i>Pagado en contado</i> <input type="checkbox"/> SNAP Food Stamps <i>Estampillas de comida y comida escolar</i> <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Social Security <i>Seguro Social</i> <input type="checkbox"/> SSDI / SSI / RSDI <input type="checkbox"/> Medicare, Medicaid <i>Medicare, Medicaid</i> <input type="checkbox"/> Assistance from Other Agencies	<input type="checkbox"/> Gift / Cash from Friends or Family <input type="checkbox"/> Unemployment Comp <i>Compensación por desempleo</i> <input type="checkbox"/> Worker's Comp <i>Pensiones</i> <input type="checkbox"/> Job Training Stipends <input type="checkbox"/> Military Allotments	<input type="checkbox"/> VA Benefits <i>Beneficios de la Administración para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)</i> <input type="checkbox"/> Insurance payment <input type="checkbox"/> Alimony <i>Pensión alimenticia</i> <input type="checkbox"/> Foster/Adopted Child(ren) payments <i>Pagos por niño(s) de cuidado temporal</i>	<input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support <input type="checkbox"/> College Scholarship and/or grants <i>Beca universitaria y/o subvenciones</i> <input type="checkbox"/> Student Loans <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> I have no proof of income for the last 30 days. <i>No he recibido ningún ingreso en los últimos 30 días.</i>
<b>Adult Household Member #2</b> <i>Miembro de la vivienda n°2</i>	<input type="checkbox"/> YES / <i>Si</i> <input type="checkbox"/> NO / <i>No</i> <input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED / <i>Empleado por cuenta propia</i>	<input type="checkbox"/> Weekly <i>Semanalmente</i> <input type="checkbox"/> Twice, Monthly <i>Dos veces al mes</i> <input type="checkbox"/> Bi-weekly <i>Cada dos semanas</i> <input type="checkbox"/> Monthly <i>Mensualmente</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otro</i> _____	<input type="checkbox"/> Paid in Cash <i>Pagado en contado</i> <input type="checkbox"/> SNAP Food Stamps <i>Estampillas de comida y comida escolar</i> <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Social Security <i>Seguro Social</i> <input type="checkbox"/> SSDI / SSI / RSDI <input type="checkbox"/> Medicare, Medicaid <i>Medicare, Medicaid</i> <input type="checkbox"/> Assistance from Other Agencies	<input type="checkbox"/> Gift / Cash from Friends or Family <input type="checkbox"/> Unemployment Comp <i>Compensación por desempleo</i> <input type="checkbox"/> Worker's Comp <i>Pensiones</i> <input type="checkbox"/> Job Training Stipends <input type="checkbox"/> Military Allotments	<input type="checkbox"/> VA Benefits <i>Beneficios de la Administración para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)</i> <input type="checkbox"/> Insurance payment <input type="checkbox"/> Alimony <i>Pensión alimenticia</i> <input type="checkbox"/> Foster/Adopted Child(ren) payments <i>Pagos por niño(s) de cuidado temporal</i>	<input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support <input type="checkbox"/> College Scholarship and/or grants <i>Beca universitaria y/o subvenciones</i> <input type="checkbox"/> Student Loans <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> I have no proof of income for the last 30 days. <i>No he recibido ningún ingreso en los últimos 30 días.</i>
To report Income Sources for Adult Household Members 4 - 6, see next page (Page 6). Para reportar ingresos de los miembros de la vivienda números 4 al 6, favor de ver abajo.							

**APPLICANT** To properly complete PART THREE - Income Sources Table, please refer to the “WHAT DO I NEED” Worksheet. For all Income Sources, applicants must provide copies of documents for verification.

**ESTIMADO** Para completar la PARTE TRES de forma apropiada – Tabla de Recursos de Ingresos, favor de referirse a la hoja de trabajo “**QUE NECESITO**”, partes 4 y 5. Para todos los recursos de ingresos seleccionados, como requisito los solicitantes del GCCSA tienen que proporcionar copias de documentos para su verificación

# PART THREE - INCOME SOURCES (CONTINUED) ADULTS ONLY PARTE TRES – RECURSOS DE INGRESOS- SÓLO PARA

NAME (First and Last) <small>NOMBRE (de pila/primer y apellido)</small>	Employed? <small>¿Empleado?</small>	How often are you paid? <small>¿Cada cuanto le pagan?</small>	Other Sources of Income (check all that apply) Documentation required for all Income Sources selected. <small>Otros recursos de ingreso (ponga tilde a todos los que aplican)</small>				NO INCOME <small>(Applicable if only other areas not selected)</small> <b>NINGUN INGRESO</b> (solo aplica si
<b>Adult Household Member #3</b> <i>Miembro de la vivienda n°3</i>	<input type="checkbox"/> YES / Si <input type="checkbox"/> NO / No <input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED / Empleado por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Weekly Semanalmente <input type="checkbox"/> Twice, Monthly Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Bi-weekly Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Monthly Mensualmente <input type="checkbox"/> Other / Otro _____	<input type="checkbox"/> Paid in Cash Pagado en contado <input type="checkbox"/> SNAP Food Stamps Estampillas de comida y comida escolar <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Social Security Seguro Social <input type="checkbox"/> SSDI / SSI / RSDI <input type="checkbox"/> Medicare, Medicaid Medicare, Medicaid <input type="checkbox"/> Assistance from Other Agencies	<input type="checkbox"/> Gift / Cash from Friends or Family <input type="checkbox"/> Unemployment Comp Compensación por desempleo <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pensions Pensiones <input type="checkbox"/> Job Training Stipends <input type="checkbox"/> Military Allotments	<input type="checkbox"/> VA Benefits Beneficios de la Administración para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Insurance payment <input type="checkbox"/> Alimony Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Foster/Adopted Child(ren) payments Pagos por niño(s) de cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support <input type="checkbox"/> College Scholarship and/or grants Beca universitaria y/o subvenciones <input type="checkbox"/> Student Loans <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> I have no proof of income for the last 30 days. <i>No he recibido ningún ingreso en los últimos 30 días.</i>
<b>Household Member #4</b> <i>Miembro de la vivienda n°4</i>	<input type="checkbox"/> YES / Si <input type="checkbox"/> NO / No <input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED / Empleado por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Weekly Semanalmente <input type="checkbox"/> Twice, Monthly Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Bi-weekly Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Monthly Mensualmente <input type="checkbox"/> Other / Otro _____	<input type="checkbox"/> Paid in Cash Pagado en contado <input type="checkbox"/> SNAP Food Stamps Estampillas de comida y comida escolar <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Social Security Seguro Social <input type="checkbox"/> SSDI / SSI / RSDI <input type="checkbox"/> Medicare, Medicaid Medicare, Medicaid <input type="checkbox"/> Assistance from Other Agencies	<input type="checkbox"/> Gift / Cash from Friends or Family <input type="checkbox"/> Unemployment Comp Compensación por desempleo <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pensions Pensiones <input type="checkbox"/> Job Training Stipends <input type="checkbox"/> Military Allotments	<input type="checkbox"/> VA Benefits Beneficios de la Administración para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Insurance payment <input type="checkbox"/> Alimony Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Foster/Adopted Child(ren) payments Pagos por niño(s) de cuidado temporal	<input type="checkbox"/> Court-ordered Child Support <input type="checkbox"/> College Scholarship and/or grants Beca universitaria y/o subvenciones <input type="checkbox"/> Student Loans <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> I have no proof of income for the last 30 days. <i>No he recibido ningún ingreso en los últimos 30 días.</i>

If there are more than 6 Adult members in your household, please use and attach an additional page.

Si hay más de seis miembros en su vivienda, favor de adjuntar una hoja adicional.

**APPLICANT** To properly complete **PART THREE - Income Sources Table**, please refer to the **“WHAT DO I NEED” Worksheet**. For all Income Sources, applicants must provide copies of documents for verification.

**ESTIMADO** Para completar la **PARTE TRES** de forma apropiada – Tabla de Recursos de Ingresos, favor de referirse a la hoja de trabajo **“QUE NECESITO”**, partes 4 y 5. Para todos los recursos de ingresos seleccionados, como requisito los solicitantes del GCCSA tienen que proporcionar copias de documentos para su verificación



## PART FOUR - REFERRAL INFORMATION (PARTE CUATRO – INFORMACION DE REFERENCIAS)

**How did you learn about GCCSA services? ¿Cómo se entero sobre el GCCSA?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Government Agency<br><i>Agencia del gobierno</i>                       | <input type="checkbox"/> Social Service Agency<br><i>Agencia de asistencia social</i>                        | <input type="checkbox"/> Flyer<br><i>Volante</i>   |
| <input type="checkbox"/> 2-1-1 United Way Hotline<br><i>Numero directo del United Way 2-1-1</i> | <input type="checkbox"/> GCCSA Website / Internet<br><i>Página de Internet del GCCSA/Internet</i>            | <input type="checkbox"/> Newspaper or TV Advertisement<br><i>Anuncio de periódico or Anuncio de televisión</i> |
| <input type="checkbox"/> Radio Advertisement<br><i>Anuncio de radio</i>                         | <input type="checkbox"/> A Former GCCSA Client<br><i>Una persona que anteriormente fue cliente del GCCSA</i> | <input type="checkbox"/> Other: Please specify: _____<br><i>Otro: favor especificar:</i>                       |

**Are you, or a Household Member a previous client of GCCSA? ☐ YES ☐ NO**

*¿Usted o algún miembro de su vivienda anteriormente fue cliente del GCCSA? ☐ SI ☐ NO*

If YES, please specify past history with GCCSA: ☐ 0-2 years ☐ 3-5 years ☐ 5+ years  
*Si SI, favor de especificar antecedente con el GCCSA: ☐ 0-2 años ☐ 3-5 años ☐ + 5 años*

**Indicate the situation and/or circumstances that have led to you requesting GCCSA Services.**

*Indique la situación y/o circunstancias que lo lleva a pedir servicios de parte del GCCSA.*

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recent Divorce / Separation<br><i>Divorcio reciente/ separación</i> | <input type="checkbox"/> Job Loss<br><i>Perdida de trabajo</i> | <input type="checkbox"/> Relocated to the area<br><i>Reubicado a la zona</i> | <input type="checkbox"/> Eviction<br><i>Desalojo</i> | <input type="checkbox"/> Unexpected Expenses<br><i>Gastos inesperados</i> |
| <input type="checkbox"/> Change in Housing Award Amount                                      |  |  |  |   |

**Other, please specify:** Brevemente, describa su necesidad de los servicios del GCCSA:

**GCCSA offers various services to address household needs through Case Management and referrals to Community Partners.** Please specify other services of interest to your Household:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rental Assistance      | <input type="checkbox"/> Head Start/ Early Head Start      | <input type="checkbox"/> Job Readiness Training               |
| <input type="checkbox"/> Electricity Assistance | <input type="checkbox"/> Scholarship / Vocational Training | <input type="checkbox"/> Computer Classes                     |
| <input type="checkbox"/> Bus Passes             | <input type="checkbox"/> GED/ Adult Basic Education        | <input type="checkbox"/> ESL / SSL                            |
| <input type="checkbox"/> Emergency Food         | <input type="checkbox"/> Financial Literacy                | <input type="checkbox"/> Prescription Assistance              |
| <input type="checkbox"/> Nutrition Programs     | <input type="checkbox"/> Housing Counseling                | <input type="checkbox"/> School Supplies / Holiday Initiative |

### Please specify, Preferred Contact

*Favor de especificar, hora preferencia para contactar*

**Preferred Contact Number:** \_\_\_\_\_

**Select all that apply:** *Seleccione todo lo que aplica:*

- ☐ AM ☐ PM  
☐ Anytime, Monday – Friday  
*Cualquier hora, Lunes - Viernes*

**No More than three (3) attempts will be made to contact you via phone.** *No se harán más de tres (3) intentos de contactarle por teléfono.*

**GCCSA will make an effort to contact you when convenient for you.**

*GCCSA hará todo esfuerzo para contactarse con usted cuando le es más conveniente para usted.*



**Before signing the Applicant Certification,  
HAVE YOU DONE THE FOLLOWING...**

***Antes de firmar la solicitud de Certificación de parte del Solicitante,  
¿HA HECHO LO SIGUIENTE...?***

- ✓ Reviewed the "What do I Need" Worksheet  
*Revisar la forma "Que necesito"*
- ✓ Reviewed entire Application for completeness  
*Revisar la solicitud por complete para asegurarse que está completa*
- ✓ Made copies of all required documentation. GCCSA does not make copies of documents.  
*Hacer copias de todos los documentos requeridos. GCCSA no hace copias de documentos.*
- ✓ Provided verification for all Income Sources, for past 30 days (All Household Members)  
*Proporcionar todos los Recursos de Ingresos, para los últimos 30 días (para todos los miembros de la vivienda)*
- ✓ Provided a stable contact Phone Number. Remember, GCCSA will make no more than three (3) attempts to contact you via phone  
*Proporcionar un número de teléfono estable. Acuérdesse, el GCCSA solo intentara llamarle por teléfono tres (3).*

**Applicant Certification**  
**Certificación del Solicitante**

**PLEASE READ CAREFULLY BEFORE SIGNING.**

*FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR.*

By signing below, I \_\_\_\_\_ (Print Applicant Full Name) acknowledge the following statements:

Al firmar abajo, yo: \_\_\_\_\_ (escribir nombre del solicitante) acepto las siguientes declaraciones:

1. I attest the information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. *Atestiguo que la información proporcionada en esta solicitud es verídica y correcta, dentro de mi mejor conocimiento y creencia.*
2. I understand that no more than three (3) attempts (via phone) will be made by a GCCSA representative to schedule an appointment for GCCSA services plan. *Entiendo que solo habrá tres (3) intentos (vía teléfono) de parte de un representante del GCCSA para programar una cita para el plan de servicios del GCCSA.*
3. I understand my household income will be annualized, at the time of the submitted application, based on pre-established agency procedures and the Texas Administrative Code (TAC). *Entiendo que los ingresos de mi vivienda serán anualizados a la hora de la solicitud entregada, basado en los procedimientos pre establecidos por la agencia y dentro del Código Legal Administrativo del estado de Texas (TAC, por sus siglas en inglés).*
4. I understand I may appeal a denial of eligibility, amount of assistance received or a delay of service(s). *Entiendo que puedo apelar el ser negado elegibilidad, cantidad de asistencia recibida o una demora de servicio(s).*
5. I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted agencies to solicit/verify information provided on this application. *Autorizo al Departamento de la Vivienda y Asuntos Comunitarios del estado de Texas y las agencias por ella contratada, solicitar/verificar la información proporcionada en esta solicitud.*
6. I understand that completion and submission of this application does not guarantee services. *Entiendo que completar y entregar esta solicitud no garantiza el recibo de servicios.*
7. I understand that I am responsible for providing copies of support documentation. GCCSA does not make copies of documentation. *Entiendo que soy responsable de proporcionar copias de documentación de apoyo. El GCCSA no hace copias de documentación.*
8. I understand that after one year, a request for my application documents will be subject to the policy and procedures as outlined in the Open Records Request, and may require a fee for service. *Entiendo que después de un año, una solicitud para mis documentos de solicitud estará sujeta a las políticas y procedimientos delineados en la Solicitud de Expedientes Abiertos, y podrá involucrar una cuota de servicio.*
9. **I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION AND/OR FINES UP TO \$10,000 FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION.** Title 18, Section 1001 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentation to any department or agency in the United States as to any matter within its jurisdiction. **ESTOY ENTERADO QUE ESTOY SUJETO A PROSECUCION Y/O MULTAS DE HASTA \$10,000 POR PROPORCIONAR INFORMACION FALSA O FRAUDULENTO.** el Título 18, artículo 1001 del código legal de los Estados Unidos hace que hacer declaraciones falsas o mal representa a un departamento o agencia de los Estados Unidos, se considere como una ofensa criminal sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

Applicant Signature *Firma del Solicitant*

Date *Fecha*

**FOR OFFICE USE ONLY SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA**

Applicant Initials: \_\_\_\_\_

Date Application Accepted at GCCSA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2016 Application for Services

Page 11 of 12

Revised January 2016

## **About Gulf Coast Community Services Association, Inc.**

*Sobre el Gulf Coast Community Services Association, Inc.*

The Gulf Coast Community Services Association, Inc. (GCCSA) is a 501(c)(3) Community Action Agency founded in 1965. Today, GCCSA has established itself as one of the most experienced community service providers in the gulf coast region and the largest Community Action Agency in the state of Texas.

### **Purpose**

Gulf Coast Community Services Association (GCCSA) exists to strengthen the educational, social, and economic well-being of individuals and families as they move toward independence and self-sufficiency.

### **Organizational Intent**

To earn confidence from the citizens of Harris County so that GCCSA becomes the exemplary model for social services and community leadership.

General Inquiries and Frequently Asked Questions  
Additional Information  
Details of Services and Programs  
GCCSA Head Start and Early Head Start Centers  
Apply for Employment with GCCSA  
Leave Feedback Regarding Services

**Website: [www.GCCSA.org](http://www.GCCSA.org)**  
**Phone: 713-393-4700**