



INFORMATIONS DU CLIENT:			
Nom du client:		Date de naissance: ____/____/____	Sexe:
Adresse du domicile:		Apt/Bloc #	Ville:
Code postal:			
Nom de la résidence:			
Téléphone principal: ()		Téléphone secondaire: ()	
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :		Contact en cas d'urgence # ()	
Ethnicité (cochez une case)			
<input type="checkbox"/> Hispanique		<input type="checkbox"/> Non-Hispanique	
Race (cochez une case)			
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Amérindien/Natif d'Alaska
<input type="checkbox"/> Autre: _____			
Nombre de personnes dans le ménage de 16 ans et plus (y compris vous-même): _____ Moins de 16 ans: _____ Total: _____			
Revenu annuel total du ménage: _____			
Veuillez cocher ici si vous ne souhaitez pas recevoir plus d'informations sur les services de soutien de l'association caritative catholique de Fort Worth <input type="checkbox"/>			
DESTINATION DU CLIENT:			
Objet du voyage (cochez une case)			
<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Ecole	<input type="checkbox"/> Formation	
Nom de l'entreprise ou de l'école:			
Adresse:		Suite #	Ville:
Code postal:			

Signature du client

Date

Le client: je certifie que toutes les informations contenues dans ce formulaire sont véridiques et correctes et que tous les revenus sont déclarés. Je comprends que ces informations sont fournies afin d'obtenir des fonds fédéraux, que les informations figurant sur cette demande peuvent être vérifiées, et que toute fausse déclaration délibérée de ces informations peut m'exposer à des poursuites en vertu des lois fédérales et d'Etat en application.

Signature du personnel

Date

Le personnel: Je certifie que ce formulaire est dûment rempli et signé.

Avez-vous reçu l'avis écrit des droits des bénéficiaires ?
(La demande ne sera pas examinée si cette section n'est pas remplie)

Oui

Non