

Solicitud del Fondo de Emergencia de Education Austin

Apellido _____ Primer Nombre _____

Número de empleado de AISD _____

Miembro de Education Austin Sí No Años ser miembro _____

Departamento de empleo _____ Título profesional _____

Años de Servicio _____

¿Trabaja durante los meses de verano? Sí No

¿Tiene otro trabajo? _____

Si es sí, ¿cuántos días a la semana? _____

Casada (o) _____ Soltera (o) _____

Número de dependientes _____

Responsable para pagar los biles mensuales (marque con un círculo las que correspondan)

Servicios de utilidades Automóvil Guardería

Cable Aseguransa

Teléfono/Celular Renta/Pago de Casa

Por favor escribe una breve declaración con respecto a su necesidad de asistencia.