_____ _____

FAMILY NAME

ST FRANCES CABRINI CHARITABLE SERVICES

CHRISTMAS BASKET APPLICATION

_____FOOD _____TOYS

APPLICANT	**SPOUSE**
DRIVERS LICENSE #	**DRIVERS LICENSE #**
ADDRESS	**CITY/ST/ZIP**
PHONE	**PHONE**

OTHER HOUSEHOLD MEMBERS

NAME-FIRST	LAST	ID#	RELATE

CHILDREN IN HOUSEHOLD

NAME-FIRST	LAST	ID#	RELATE

ALL INFORMATION MUST BE PROVIDED AT THE BEGINNING OF THE APPLICATION PROCESS OR YOUR NAME WILL GO TO THE BACK OF THE LINE. Release of information: I understand that this is only an application and does not guarantee aid for me and my household. I UNDERSTAND THAT ALL PERSONAL INFORMATION IS ONLY USED TO DETERMINE MY ELIGIBILITY AND APPLICATIONS WILL BE DESTROYED. I hereby certify that the information given above is true and correct. I understand that if any false information is given, I will be disqualified. I understand that I will be notified if I qualify and where to pick up the Christmas basket.

TODA LA INFORMACIÓN DEBE PROPORCIONARSE AL COMIENZO DEL PROCESO DE SOLICITUD O SU NOMBRE IRÁ AL FINAL DE LA LÍNEA. Divulgación de información: Entiendo que esto es sólo una solicitud y no garantiza ayuda para mí y mi hogar. ENTIENDO QUE TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL SOLO SE UTILIZA PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD Y LAS SOLICITUDES SERÁN DESTRUIDAS. Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que si se da información falsa, seré descalificado. Entiendo que se me notificará si califico y dónde recoger la canasta navideña.

_____ _____

CLIENT SIGNATURE **DATE**