Travis County Health and Human Services and Veterans Service
Family Support Services Division

Declaración Personal de Crisis Financiera

Aplicante:	Número de Caba:	Fecha:

Para obtener asistencia del Condado de Travis, Usted debe de especificar la razón, de no poder pagar su recibo.

- No me es possible proveer verificación por escrito.

Mi crisis económica financiera dentro de los 60 días anteriores es:

_____

_____

Favor de escoger una opción:

Disminución de Ingresos

Aumento de Gastos

Disminución de recursos

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Comprendo que puede ser sujeto de persecución por proporcionar información falsa o fraudulenta

Nombre del Aplicante en letra de molde: _____

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____