

Greater Coastal Community Action Council

Galveston County Community Action Council, Inc.

dba

Greater Coastal Community Action Council

(website: gccac.org)

Applications and supporting documentation will be accepted as follows:

1. **Fax:** (409) 762-8953
2. **Email:** clientsupport@gccac.org
3. **U. S. Postal:** GCCAC
4700 Broadway Suite C-100
Galveston, TX 77552

Applications will be processed in the order that they are received.

Las solicitudes y la documentación de respaldo se aceptarán de la siguiente manera:

4. **Fax:** (409) 762-8953
5. **Email:** clientsupport@gccac.org
6. **U. S. Postal:** GCCAC
4700 Broadway Suite C-100
Galveston, TX 77552

Las solicitudes se procesarán en el orden en que se reciben.

SOLICITUD DE ADMISIÓN



OFICINAS GCCAC: Angleton: 200 E. Mulberry; PH: 979-849-2928
Rosenberg: 902 Frost St; PH: 281-341-3012
Galveston: 4700 Broadway, Ste C100; PH: 409-762-8418
Wharton: 1506 N Alabama Rd, Ste G; PH: 979-532-8222

Por favor, lleve la solicitud completa junto con copias de los siguientes elementos a una de las oficinas de la GCCAC:

- 1. Identificación con foto para todos los mayores de 18 años** (por ejemplo, licencia de conducir, tarjetas de identificación, pasaporte)
- 2. Prueba de ciudadanía estadounidense para todos los miembros del hogar** (por ejemplo, pasaporte, certificado de nacimiento, certificación de naturalización, tarjeta verde, certificado de solicitante de asilo)
- 3. Números de Seguro Social para todos los miembros del hogar** (si corresponde)
- 4. Prueba de todos los ingresos obtenidos o recibidos en los últimos treinta (30) días** para los miembros del hogar de 18 años o más. Esto podría ser elementos tales como:
 - a. **Talones De Cheques:** 5 talones si se pagan semanalmente; 3 talones si se paga cada 2 semanas (quincenalmente); 2 talones si se pagan dos veces al mes; o 1 talón si se paga mensualmente (NO envíe formularios de impuestos W-2)
 - b. **Carta(s) de premio del año actual:**(por ejemplo, Seguro Social, SSDI, SSI, VA, TANF, SNAP)
 - c. **Declaraciones de Pensión o Jubilación del Año Actual**
 - d. **Recibos** (si se pagan en efectivo)
 - e. **Declaración de manutención infantil**
 - f. **Declaración de ingresos por desempleo**
 - g. **Declaración de la Renta:** Este formulario DEBE completarse para todas las personas de 18 años o más que vivan en el hogar si CUALQUIER persona de 18 años o más no tiene comprobante de ingresos. Solo se requiere un formulario por hogar para ser llenado y firmado.
- 5. Facturas de servicios públicos actuales** (frente y trasero) para: Electricidad, gas o propano.
- 6. Contrato de arrendamiento actual** si se solicita asistencia de alquiler
- 7. Formulario de verificación sistemática de extranjeros firmado para el derecho (SAVE)** (el formulario está en paquete y DEBE firmarse)

IMPORTANTE: Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben y mediante una escala de calificación prioritaria. Espere 30-90 días para el procesamiento. Las aplicaciones incompletas provocarán un retraso en los servicios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted está obligado a continuar pagando su factura de servicios públicos



Aplicación de admisión

Tipo de hogar: Abuelos con nietos; Padre/mujer soltero; Padre/hombre soltero; Una sola persona; Dos adultos/sin niños; Hogar de dos padres; Otro

SÓLO PARA USO DE OFICINA	
Receive Date _____	Priority _____
VUL _____	HH# _____
CM _____	CEAP _____
CSBG _____	

Nombre:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección física:	APT# _____	
Ciudad / Estado / Zip:	Condado: _____	
Dirección postal (si es diferente de la física):	APT# _____	
Ciudad / Estado / Zip:	¿Es usted un: <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> y Migrante <input type="checkbox"/> Trabajador de granja estacional <input type="checkbox"/> Otros	
(Círculo Uno) Alquiler propio <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente sin hogar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Teléfono: _____	
Nombre de contacto alternativo:	Relación: _____	

Información prioritaria					
¿Alguna vez ha recibido servicios de Galveston County Community Action Council Inc. en el pasado?	Sí	NO			
¿Hay alguien en su hogar de 60 años o más?					
¿Hay alguien en el hogar discapacitado?					
¿Hay niños de 5 años o menos en el hogar?					
¿Hay alguien en la casa veterano?					
¿Hay alguien en su hogar de 14 a 24 años que no vaya a la escuela o trabaje? En caso afirmativo, ¿quién?					
Información sobre conflictos de intereses:					
¿Hay alguien en el hogar actualmente empleado, agente, oficial o miembro de la junta del Consejo de Acción Comunitaria del Condado de Galveston? En caso afirmativo, identifique quién y su posición	Sí	NO			
¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que actualmente sirve como empleado, agente, consultor, oficial o junta miembro de Galveston County Community Action Council Inc? En caso afirmativo, quién y su posición					
PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE: Si hay un Conflicto de Intereses, esta solicitud requiere que el Director Ejecutivo Firma de aprobación antes de procesar para asistencia con GCCAC.					
Firma del Director Ejecutivo _____					Fecha _____

Aplicación de admisión

Estimado solicitante: La información proporcionada en este formulario es necesaria para determinar la elegibilidad de su hogar. Por favor complete este formulario completo y no deje espacios en blanco.

Nombre del miembro del hogar	Relación Para Solicitante (Vea la tecla a continuación)	Seguridad Social Número	Raza (Vea la tecla a continuación)	Hispanos o latinos	Género	Fecha de nacimiento			Deshabilitado	Tipo de seguro (Vea la tecla a continuación)	Educación (Vea la tecla a continuación)
						Mes	Día	Año			
1.	propio		.....						.....	.....	.....
2.	.....		.....						.....	.....	.....
3.	.....		.....						.....	.....	.....
4.	.....		.....						.....	.....	.....
5.	.....		.....						.....	.....	.....
6.	.....		.....						.....	.....	.....
7.	.....		.....						.....	.....	.....
Relación con el solicitante		Raza		Tipo de seguro			Educación				
A. Cónyuge	A. Indio Americano	A. Compra directa	A. 0-8								
B. Niño	B. Nativo de Alaska	B. Basado en el empleo	B. 9-12 / No-Grad								
C. Nieto	C. Asiático	C. Medicaid	C. HS Grad / GED								
D. Otros	D. Negro o afroamericano	D. Medicare	D. 12+ Post Secondary College								
	E. Blanco	E. Cuidado de la salud militar	E. 2 o 4 Yr. Graduado Universitario								
	F. Multi-carrera	F. Seguro Médico Infantil Estatal									
	G. Otros	G. Seguro Médico Estatal para Adultos									

NOTA: Utilice hojas adicionales si hay más de siete miembros viviendo en el hogar.

Aplicación de admisión Fuentes de Ingresos del Hogar

Enumere todos los ingresos de adultos y niños mayores de 18 años durante los últimos 30 días

Nombre del miembro del hogar	INGRESOS DEL EMPLEO		OTRAS FUENTES DE INGRESOS		BENEFITS NO EFECTIVO		
	¿Con qué frecuencia se paga?	¿Con qué frecuencia se paga?	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	Importe	
1.	.....	.....	.....	.....	\$
2.	.....	.....	.....	.....	\$
3.	.....	.....	.....	.....	\$
4.	.....	.....	.....	.....	\$
5.	.....	.....	.....	.....	\$
6.	.....	.....	.....	.....	\$
7.	.....	.....	.....	.....	\$
<u>INGRESOS DEL EMPLEO</u>		<u>OTRAS FUENTES DE INGRESOS</u>				<u>BENEFITS NO EFECTIVO</u>	
¿Con qué frecuencia se paga?	A. Servicio VA conectado	B. VA no-servicio conectado	C. Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	D. Pensión de jubilación va	E. Ingreso Suplementario del Seguro Social	F. Jubilación del Seguro Social (SS)	G. Pension
A. Semanalmente dos veces	H. Apoyo conyugal / Alimonia	I. Ingresos por desempleo	J. Subsidio de servicios públicos	K. TANF	L. Compensación a los trabajadores	M. infantil	A. SNAP
C. al mes tres veces	N. Si es otro, explique:						B. WIC
D. veces							C. Bono de opción de vivienda (Sección 8)
							D. Vivienda Pública (HUD)
							E. Vivienda de Apoyo Permanente
							F. HUD-VASH (Solo para veteranos)
							G. Bono de cuidado de niños
							H. Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible
							I. Si es otro, explique:

Información de la vivienda

En dónde vives (Círculo correcto)	¿Tiene usted dueño o pagar el alquiler		Alquiler mensual o Importe de la hipoteca	¿Son los servicios públicos ¿Incluido?	
	Propio	Alquiler		Sí	NO
Casa Privada	Propio	Alquiler	\$	Sí	NO
casa rodante	Propio	Alquiler	\$	Sí	NO
Apartamento	Propio	Alquiler	\$	Sí	NO
Subvencionado o público Vivienda		Alquiler	\$	Sí	NO
Refugio o transición Vivienda		Alquiler	\$	Sí	NO
Con un amigo o familia miembro o en un Motel		Alquiler	\$	Sí	NO

Información del propietario / hipotecario:

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad, Estado, Zip:

Información sobre eficiencia energética

¿Necesita reparación o climatización en el hogar?	Sí	NO
---	----	----

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Vendedor de Servicio Eléctrico:	Cuenta ?	Calefacción ? Refrigeración ? Ambos
Nombre del titular de la cuenta:		
Proveedor de servicios de gas natural:	Cuenta ?	Calefacción ? Refrigeración ? Ambos
Nombre del titular de la cuenta:		
Proveedor de servicio de propano:	Cuenta ?	Calefacción ? Refrigeración ? Ambos
Nombre del titular de la cuenta:		
Proveedor de agua:	Cuenta ?	Calefacción ? Refrigeración ? Ambos
Nombre del titular de la cuenta:		
Tipo de aire acondicionado: (Círculo uno) Unidad Central (Central Unit) Enfriador evaporativo ? Unidad de ventanas ? Ninguno	Tipo de calentador: (Círculo Uno) Unidad central ? Calefacción Eléctrica (Electric Heater) Chimenea de la casa de Calentador espacial Horno de pared ? Ninguno	

Información de Veteranos

1. ¿Es usted o alguien en el hogar un Veterano, o un Dependiente de un veterano? SI NO
En caso afirmativo, identifique qué miembro del hogar y circule la categoría que los describa. Nombre del miembro del hogar:
_____ Veterano Esposo Sobreviviente de un Veterano Dependiente de un Veterano
2. ¿Alguna vez ha servido en la Guardia Nacional? (Círculo Uno) SI NO
3. ¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas, excluyendo rotC? (Círculo Uno) SI NO

Aplicación de admisión

DOCUMENTACIÓN DE SITUACIÓN

Nota: Los servicios no se pueden proporcionar a menos que esta página se complete
Por favor, díganos cuál es su situación personal o familiar documentando por qué necesita ayuda:

Si no hay ingresos familiares en los últimos 30 días, ¿cómo ha estado viviendo sin ingresos? ¿Qué fuentes eres utilizar para pagar el alquiler, los servicios públicos y/o otras necesidades? _____

¿Cuándo se recibieron los últimos ingresos y de dónde vino? _____

Autorizaciones

1. La información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia.
2. Entiendo que mi ingreso bruto del hogar se anualiza en el momento de la solicitud de acuerdo con normas y procedimientos de la agencia para recibir asistencia.
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, cantidad de asistencia recibida, o un retraso en prestación de servicios.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a su agencia contratada, el Consejo de Acción Comunitaria del Condado de Galveston Inc. a solicitar / verificar la información incluyendo la verificación de empleo necesaria para proporcionar asistencia con mis servicios públicos / facturas de combustible o alquiler, tanto pasado como futuro.
5. Soy solicitante de Galveston County Community Action Council Inc. Por la presente doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confianza para ser utilizado sólo con fines de programa. Entiendo que la fotocopia de esta versión es tan válida como el original y puede ser utilizada para obtener información de empleo o verificar otros datos.
6. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos debo notificar a Galveston County Community Action Council Inc. dentro de los 5 días hábiles de mi nueva compañía de servicios públicos y número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Galveston County Community Action Council Inc. de mi nueva compañía de servicios públicos, perderé cualquier pago adeudado. Cuando se proporcione la información, cualquier asistencia restante podrá restablecerse en función de la financiación disponible.
7. Si usted u otro miembro del hogar no tiene ingresos, la Declaración de Ingresos debe completarse para todos los miembros del hogar mayores de 18 años de edad.
8. ENTIENDO QUE ESTOY SUJETO A LA PROSECUCION PARA PROPORCIONAR INFORMACION FALSA O FRAUDULENTO EN ESTA SOLICITUD Y TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA ENTRADA O ASISTENCIA A TRAVES DE LA MISREPRESENTACION O FRAUD SE CASTIGA CON MULTA O ENCARCELAMIENTO.

Firma del solicitante

Fecha

GCCAC, Miembro del personal

Fecha

Evaluación de Necesidades

Por favor, indique las necesidades que tiene a continuación dando vueltas "sí" o "no" en cada caja. Si usted rodea "sí", por favor explique la necesidad que está experimentando para que podamos ayudarle.

Servicio	Necesita	EXPLICACIÓN DEL CLIENTE	Servicio	Necesita	EXPLICACIÓN DEL CLIENTE
<u>Necesidades Básicas:</u> Alimentos, Ropa, Cupones de Alimentos, WIC, Comidas sobre Ruedas, Emergencia, Otros	SÍ		<u>Consejería:</u> Familia, Abuso de Alcohol/Sustancias, Otro	SÍ	
	NO			NO	
<u>Ingresos:</u> SSI, TANF, SS, SSI, VA, Manutención de Niños, Presupuesto, Otros	SÍ		<u>Transporte:</u> Para trabajar, Dr. Cita, Otros	SÍ	
	NO			NO	
<u>Empleo:</u> Buscando trabajo, Búsqueda de empleo Asistencia, Currículum, Otros	SÍ		<u>Necesidades de Veteranos:</u> Médico, Entrenamiento, Reparaciones en el hogar, Accesibilidad para discapacitados. Otros	SÍ	
	NO			NO	
<u>Asistencia de servicios públicos:</u> Gas/Propano, Agua, Eléctrico, Otro	SÍ		Manutención de Niños, Criminal, Civil, Otro	SÍ	
	NO			NO	
<u>Necesidades de vivienda:</u> Temporal Refugio, vivienda de bajos ingresos, Asistencia de alquiler, Climatización, Reparaciones, Otros	SÍ		<u>Necesidades de salud:</u> Inmunizaciones, Medicamentos, Salud Mental Servicios, Otros	SÍ	
	NO			NO	
<u>Asistencia para calefacción /refrigeración:</u> Calentadores, Unidades de Ventana, Reparaciones Calentador de Agua Caliente, Tuberías /Reparaciones de Gas Natural	SÍ		<u>Necesidades de salud:</u> Equipo médico de soporte vital o necesidad de temperatura ambiental del aire	SÍ	
	NO			NO	
Cuidado de Niños/Cuidado de Ancianos, Otro	SÍ		<u>Educación:</u> GED, Inglés como Segundo idioma, Formación vocacional/tecnológica, Otros	SÍ	
	NO			NO	
Otras necesidades no identificadas en la evaluación: _____					



COMUNIDAD DEL CONDADO DE GALVESTON ACTION COUNCIL INC.

Declaración de Ingreso

Este formulario DEBE completarse para todas las personas mayores de 18 años que vivan en el hogar si CUALQUIER persona de 18 años o más no tiene comprobante de ingresos. Solo se requiere un formulario por hogar.

Nombre de la lista de cada persona de 18 años o más	Ingresos brutos en los últimos 30 días	Prueba de ingresos proporcionada	Pagado en efectivo y fuente de ingresos	Desempleados Sin ingresos	En la escuela Sin ingresos
1. John Doe (Ejemplo)	\$0.00			X	
2. Jane Doe (Ejemplo)	\$125.00		Trabajo en el patio		
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
TOTAL					

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible; y que estoy sujeto a procesamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta.

Nombre del solicitante (impresión): _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Autocertificación de discapacidad

Nombre del solicitante:	
Nombre de la Persona con Discapacidad:	
Relación de la Persona con Discapacidad con el Solicitante:	

Persona con Discapacidades--Cualquier persona que sea:

- **Una persona discapacitada según se define en el artículo 7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;**
- **En virtud de una discapacidad tal como se define en el número 1614(a)(3)(A) o el número 223(d)(1) de la Seguridad Social o en el artículo 102(7) de la Ley de Discapacidades del Desarrollo Ley de Construcción de Servicios e Instalaciones; O**
- **Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.**

AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA DECLARAR ESTADO DESACTIVADO:

Por la presente autorizo con el propósito de confirmar mi elegibilidad como persona con discapacidad, en de acuerdo con la definición anterior de Persona con Discapacidad.

Firma de la Persona con Discapacidad o Su Guardián

Fecha

CONSEJOS DE AHORRO DE ENERGÍA

La siguiente lista está diseñada para ayudarle con sugerencias para reducir su consumo de energía y, por lo tanto, reducir sus costos de energía.

Sugerencias:

Utilice un ventilador de techo siempre que sea posible para reducir los costos de aire acondicionado.

Utilice la iluminación natural siempre que sea posible

Lavar la ropa en agua fría

No dejes los teléfonos móviles conectados durante la noche. Los teléfonos se cargan rápido.

No deje los ventiladores de ventilación más tiempo que necesaria.

Utilice el lavavajillas únicamente cuando tenga una carga completa.

Evite asomarse al horno cuando esté encendido. Tiene que recalentar después de eso.

Ponga la pelota de tenis en la secadora para acelerar el tiempo seco.

Deje el aire acondicionado encendido en 78 en verano y 68 en invierno.

Mantenga la junta en el refrigerador limpia para que se selle bien.

Reduzca la temperatura del calentador de agua a 120 grados.

Retire los muebles / artículos de delante de los conductos de ventilación.

Limpie la ventilación de escape de la secadora después de cada ciclo de secado.

Ponga el clima alrededor de todas las puertas y ventanas.

Lave sólo un montón de ropa.

Desconecte los elementos que no se están utilizando actualmente.

Utilice bombillas de bajo consumo cuando sea posible.

Apague las luces al salir de una habitación.

Limpie los filtros de la unidad de ventana con regularidad.

Selle las fugas de aire y aisle si es posible.

Utilice persianas y persianas para bloquear el calor del sol.





Comunidad del Condado de
Galveston

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

POR FAVOR LEA – GUARDE ESTA PAGINA PARA SUS REGISTROS. NO ENVÍE ESTA PÁGINA CON SU SOLICITUD

- Entiendo que el Programa Integral de Asistencia Energética (CEAP) y la Subvención de Bloque de Servicio de Munity de Com (CSBG) por sussiglas en que) y recibir asistencia se basa en la elegibilidad de ingresos, y está disponible financiación.
- Estoy obligado a solicitar cada año la asistencia de servicios públicos del CEAP. Si recibo asistencia no se transferirá al siguiente año calendario.
- Entiendo que los fondos del CEAP son administrados por el GCCAC, y que la asistencia CEAP/CSBG no son programas de derechos. El procesamiento de solicitudes puede tardar hasta 30 días después de enviar su solicitud. Las solicitudes se procesan en el pedido recibido, y la presentación de una solicitud no garantiza la asistencia.
- Entiendo que mi hogar debe cumplir con las Pautas Federales de Ingresos y vivir en Cualquiera de las Pautas De Brazoria, Fort Bend, Galveston, Condado de Wharton.
- Entiendo que si no presento toda la documentación requerida como se indica en la carta de instrucción de solicitud de solicitud, mi solicitud está incompleta y habrá un retraso en el procesamiento de mi solicitud de asistencia.
- Entiendo que GCCAC no prometerá asistencia ni hará pagos de servicios públicos a proveedores de electricidad o gas hasta que la solicitud esté completa y se haya determinado la elegibilidad.
- Entiendo que siempre soy responsable de pagar mi(s) factura(s) de servicios públicos antes, durante y después del proceso de solicitud y determinación de elegibilidad.
- Soy responsable de pagar a mi compañía de servicios públicos todos los saldos restantes después de CEAP hace un compromiso / pago a mi cuenta de servicios públicos. El impago de mi factura de servicios públicos puede resultar en la interrupción de los servicios.
- Entiendo que CEAP brinda asistencia solo para servicios de eléctricos y gas.
- Entiendo que CSBG proporciona asistencia a las Familias de Bajos Ingresos de Transición Fuera de la Pobreza a través de otros componentes no relacionados con el CEAP.
- Entiendo que GCCAC no pagará cargos por mora, depósitos o cargos de reconexión, y que soy responsable de hacer pagos por esos cargos y cargos a mi servicio público proveedor.
- Si mi solicitud es aprobada, recibiré un Aviso de Elegibilidad (NOE) que indica los programas para los que califico, así como los montos del beneficio.
- Si mi solicitud es denegada, recibiré un Aviso de Denegación (NOD) con las razones indicadas. El aviso incluirá información sobre el proceso de apelación.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a GCCAC de los cambios que podrían afectar el pago a mi cuenta de servicios públicos, incluyendo, pero no limitado a:
 - ◆ Cambio en el proveedor de servicios públicos
 - ◆ Cambio de número de cuenta
 - ◆ Cambio de dirección, teléfono o correo electrónico
- Entiendo que hacer una declaración a sabiendas falsa o tergiversación en esta solicitud puede estar sujeto a multas, prisión, o ambos.

Greater Coastal Community Action Council

Galveston County Community Action Council
dba
Greater Coastal Community Action Council

CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que se desempeñe actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo del Galveston County Community Action Council, Inc. (GCCAC)?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, identifique a la persona y su rol en relación con GCCAC.

2. ¿hay alguien en el hogar que actualmente se desempeñe como empleado, agente, consultor, oficial, o funcionario electo o designado del Galveston County Community Action, Council, Inc. (GCCAC)?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, identifique quién y el papel que desempeñan en la agencia.

Los servicios administrados por GCCAC y ofrecidos al público en general pueden ofrecerse a las personas cuando existe un conflicto con la condición de que: 1. La(s) persona(s) cumpla con los criterios de elegibilidad, como el nivel de ingresos, 2. No se da tratamiento preferencial, 3. Si hay una lista de espera, el solicitante se coloca en la lista en orden de fecha y hora en que se recibió la solicitud, 4. Otro empleado de GCCAC completa la solicitud, y 5. El Director Ejecutivo aprueba la asistencia recibida.

Nombre Impreso de Solicitante _____ Firma de Solicitante _____

Fecha _____

Galveston County Community Action Council, Inc.

Amos Sowell
Board President

Robert Quintero
Executive Director

Telephone (409) 765-7878
Fax Number (409) 765-9951
4700 Broadway Suite C109
P.O. Box 3206
Galveston, Texas 77552

APPLICANT AUTHORIZATION OF LANDLORD RELEASE OF INFORMATION

I _____(applicant) hereby authorize the release of information concerning leasing information from _____ (Landlord/Leasing Office) to speak with Galveston County Community Action Council, dba Greater Coastal Community Action Council LLC. regarding information in reference to my leasing agreement, rent amount, Landlords, or Leasing Management contact information.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

_____ (solicitante) Por la presente autorizo la divulgación de información sobre arrendamiento financiero de _____ (Oficina de Propietario/Leasing) para hablar con Galveston County Community Action Council, dba Greater Coastal Community Action Council LLC. con respecto a la información en referencia a mi contrato de arrendamiento, el monto del alquiler, los propietarios o la información de contacto de la administración de arrendamiento.