

### INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido	Primer	I.S.N.	Membresia #
Nombre: _____	_____	_____	_____
Esposo (a): _____	_____	_____	_____

Numero Adicional de Dependientes \_\_\_\_\_ (enumera los nombres/edades/relaciones abajo)  
#

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Congregación Local: \_\_\_\_\_ Centro de Misión: \_\_\_\_\_

### INFORME DEL CASO

Causa de Necesidad: \_\_\_\_\_

#### Fondos Usados Para:

Albergue: _____	Cantidad : _____
Comida: _____	Cantidad : _____
Ropa: _____	Cantidad : _____
Medicina: _____	Cantidad : _____
Transporte: _____	Cantidad : _____
	Total : _____

¿Esta persona (familia) ha recibido ayuda en el pasado?  (responda Si o No, si tiene duda, llame a Servicios Fiscales: 1-800-825-2806, ext. 1385)

Si es si, describa brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### COMENTARIOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES IMPORTANTES

1. Asegure toda la información para este informe antes de extender la ayuda.
2. Asegúrese que la cantidad de ayuda que esta aprobando este dentro de su límite autorizado.
3. Consulte con Servicios Fiscales el historial de ayuda antes de extender la ayuda.
4. Firme el informe.
5. Guarde una copia para sus registros.
6. Adjunte este formulario a una Solicitud de Reembolso Ayuda de Oblación (Formulario OB-102).
7. Presentar informe a tiempo. Las solicitudes de más de un año no serán reembolsadas

Reportado por: \_\_\_\_\_  
(Obispo/Oficial Financiero)

Jurisdicción: \_\_\_\_\_  
(Centro de Misión /Congregación)