

**The Arc of the Central Chesapeake Region
Family Supports**

July 1, 2015-June 30, 2016

Child's Name/Nombre: _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Parent/Guardian/ Padre/ Guardian: _____

Address/ Dirección: _____

Home phone#/ Teléfono Casa: _____

Work phone #/ Teléfono Trabajo: _____

Email Address: _____

Please describe the child's disability/ Describe la discapacidad:

Please describe the child's needs and what assistance or support you would like from The Arc/ Describe las necesidades y qué asistencia te gustaría El Arc te provea:

Please describe how the requested assistance or support will benefit the child/ Por favor dejarnos saber como este apoyo va a ayudarlos:

Due to limited resources, please specify why this assistance is necessary (i.e., single parent, significant medical expenses, etc.) Debido a que tenemos recursos limitados necesitamos saber porque necesitas nuestra ayuda (como si' eres madre soltera, o' tienes demasiados gastos me'dicos):

The Arc of the Central Chesapeake Region
Family Supports
Spending Plan

July 1, 2015-June 30, 2016

Name/ *Nombre*: _____

Projected Services/Expenses: <i>Servicios/Gastos:</i>	Amount You Are Able To Contribute: <i>Cantidad que Puedes Contribuir:</i>	Amount You Need Assistance With: <i>Cantidad con la Que Necesitas Ayuda:</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
TOTALS: <i>Totales:</i>		

OFFICE USE ONLY/Usó de Oficina Solamente

Date received/Fecha Recibido: ____/____/____
 Amount approved/Contidad aprobada: _____
 Date notified/Fecha de notificación a las familias: ____/____/____
Approved by/Aprobado por: _____