



TELEPHONE ASSISTANCE APPLICATION

Case Number Numero De Caso	Category	District	Application Date Fecha De Aplicacion	Household Size Numero en la Familia

Certification Period Periode De Certificacion	To	Review Date Fecha Revisada

Head of Household Name (L:ast) Persona Encargala de la Familia	First	M.I.	Social Security Number Numero Seguro Social
	To		

Mailing Address Direccion Fisica	City/ Town / P.O. Cuidad / Pueblo	Zip Code Codigo Postal

Home Address Direccion Fisica	City/ Town / P.O. Cuidad / Pueblo	Home Telephone Codigo Postal

Telephone Account Name (If Different From Above) Nombre De Cuenta (Si Es Diferente)

Authorized Representative (If Different From Above) Persona Autorizado (Si Es Diferente)

House Members (Name, Last, First) Miembros En La Familia (Apellido, Primer Nombre)	Birthdate Fecha de Nacimiento	Sex Sexo Rel.	Monthly Inc. Sueldo Mensul	Notes Notas
Total				

Comments
Comentarios
Support Services

AFDC	OAA	AB	CA	FS	Medicaid	WIC	VIHA	SUB	Other
------	-----	----	----	----	----------	-----	------	-----	-------

Declaration

I _____ affirm that the above information given by me is true and accurate. I also swear that if the information contained in this application is found to be false, I will repay in full to the Virgin Islands Telephone Corporation, any amounts granted to me through the Telephone Assistance Program

Applicant/Aspirante

Authorized Signature / Firma Autorizado

Declaracion

Yo _____ Alirno que informacion es la verdad y la correcta. Tambien Juro que la informacion es falsa, tender que pagar en total la centidad que Programa de Assistercia Telefonica me authorize esta informacion.

Applicant/Aspirante

Intake Worker / Certificador