

TOWN OF HUNTINGTON



MOCHILAS PARA EL PROGRAMA TRIUNFO 2025

Grados K-12

Aplicación es disponible en línea <https://www.huntingtonny.gov/backpacks>

Fecha límite: 30 de mayo 2025

Nombre del Padre/Guardián: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Numero de teléfono: Casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

¿Ha solicitado una mochila de otra organización? Sí _____ No _____

Si es así, ¿Cuál es el nombre de la organización? _____

¿Está recibiendo alguna Asistencia Pública? Si ___ No ___ Si está recibiendo por favor indicar cual:

Medicaid ADC Cupones de Alimentos Desempleo

Numero de caso: _____ Ingreso anual del hogar \$ _____

¿Es el solicitante un niño adoptivo (Foster child)? Si _ No _ Indique el número del caso del estado _____

Nombre de Estudiante	Niño/ Niña	Edad	Grado Que ENTRARAN septiembre 2025	Nombre de Escuela

Declaración del solicitante:

Yo, _____, el padre/guardián del niño(s), declaro que nosotros somos residentes del Pueblo de Huntington.

Yo declaro, sujeto a penalidades de perjurio, que las declaraciones hechas en esta aplicación son verdaderas y correctas.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Nombre del padre/guardián (molde) _____

**Por favor regrese la aplicación completada: Kevin Thorbourne, Director of Minority Affairs
Town of Huntington
423 Park Avenue
Huntington, New York 11743
Tel: 631-446-3732**

Las aplicaciones serán compartidas con otras organizaciones para evitar servicios duplicados.

Nombre de la Organización/Individuo que suministro esta aplicación _____

Haremos todo lo posible para proporcionar a los solicitantes con una mochila

*****Aplicaciones serán recibidas en base de primer llegado primer servido*****