



COMMUNITY CLOSET



Voucher Program Application

About the Program / Acerca del Programa

The After Hours Community Closet provides free clothing, shoes, and hygiene products to local families and individuals experiencing financial hardship or crisis.

El Closet Comunitario After Hours ofrece ropa, calzado y productos de higiene gratuitos a familias e individuos locales que enfrentan dificultades económicas o crisis.

Eligibility Requirements / Requisitos de Elegibilidad

You may qualify if you meet one or more of the following:

- Experiencing financial hardship (job loss, medical expenses, or low income)
- Living at or below 150% of the Federal Poverty Level (FPL)
- Receiving or applied for benefits (SNAP, WIC, TANF, Medicaid, CHIP)
- Referred by a partner agency, school, or church
- Experiencing homelessness, domestic violence, or displacement

Documentation Requirements Requisitos de Documentación

Please provide one document per category if available:
Por favor proporcione un documento por categoría si está disponible:

Acceptable Documents / Documentos Aceptables

Proof of Identity / Identificación: ID, Driver's License, Passport, School ID, Birth Certificate

Proof of Residence / Residencia: Utility Bill, Lease, or Letter from Agency

Proof of Financial Need / Necesidad Económica: Paystub, Benefits Letter, or Self-Declaration

*If you cannot provide documents, you may complete a Self-Declaration Form.
Si no puede proporcionar documentos, puede llenar una Declaración Personal de Necesidad.*



"Strength, Support, and Hope-Anytime."

Alondra Figueroa
Community Closet Manager
alondra.figueroa@afterhourscp.org
(956) 410-2805

Alida Quirino
Community Closet Manager
alida.quirino@afterhourscp.org
(956) 410-0955

After Hours Voucher Application

Section 1: Applicant Information / Información del Solicitante

Full Name: / Nombre Completo: _____

Date of Birth: / Fecha de Nacimiento: _____

Gender: / Género: ☐ M ☐ F ☐ Other/Otro

Phone Number: / Número de Teléfono: _____

Email: / Correo Electrónico: _____

Address: / Dirección: _____

City/ZIP: / Ciudad/Código Postal: _____

Preferred Language: / Idioma Preferido:

☐ English ☐ Español ☐ Other/Otro: _____

Section 2: Household Information / Información del Hogar

Total Household Members: / Miembros Totales: _____

Adults: / Adultos: _____ Children: / Niños: _____

Names & Ages of Household Members:/Nombres y Edades de los Miembros del Hogar:

Section 3: Reason for Request / Motivo de la Solicitud

Describe your situation and what items your family needs most: / Describa su situación y los artículos que más necesita su familia:

- ☐ Job loss / Pérdida de empleo ☐ Housing crisis / Crisis de vivienda
- ☐ Low income / Bajos ingresos ☐ Medical hardship / Problemas médicos
- ☐ Domestic violence / Violencia doméstica ☐ Fire/disaster / Incendio o desastre
- ☐ Other: / Otro: _____

Section 4: Documentation Checklist / Documentación Requerida

Category / Categoría	Acceptable Documents / Documentos Aceptables	Provided? / Proporcionado?
Proof of Identity / Identidad	Driver's License, State ID, Passport, School ID, Birth Certificate / Licencia, ID Estatal, Pasaporte, ID Escolar, Acta de Nacimiento	☐ Yes/Sí ☐ No
Proof of Residence / Residencia	Utility Bill, Lease, Mail, Letter from shelter/agency / Recibo, Contrato, Correo, Carta de Refugio o Agencia	☐ Yes/Sí ☐ No
Proof of Financial Need / Necesidad Económica	Paystub, SNAP/WIC/TANF letter, Benefits statement, Self-declaration / Talón de pago, Carta de beneficios, Declaración personal	☐ Yes/Sí ☐ No

Section 5: Requested Items / Artículos Solicitados

☐ Clothing (Adult / Teen / Child / Baby) / ☐ Ropa (Adulto / Adolescente / Niño / Bebé)

☐ Shoes (Men / Women / Kids) / ☐ Zapatos (Hombre / Mujer / Niños)

☐ Hygiene Items (Soap, Shampoo, Deodorant, Feminine Products, Toothpaste) / ☐ Artículos de Higiene (Jabón, Champú, Desodorante, Productos Femeninos, Pasta Dental)

☐ Seasonal Needs (Coats, School Uniforms, Backpacks, Blankets) / ☐ Artículos Estacionales (Abrigos, Uniformes, Mochilas, Cobijas)

Other: / Otro: _____

Section 6: Referral (if applicable) / Referencia (si aplica)

Referring Partner/Agency: / Agencia Referente:

Caseworker/Contact Name: /Nombre del Contacto: _____

Phone/Email: / Teléfono/Correo: _____

☐ Attached agency letter or referral form / Carta o formulario de referencia adjunto

Section 7: Applicant Certification /Declaración del Solicitante

I certify that the information provided is true. Items are free and may not be resold. /
Certifico que la información es verídica. Los artículos son gratuitos y no pueden venderse.

Signature of Applicant: / Firma del Solicitante: _____

Date: / Fecha: _____

Section 8: Staff Use Only / Solo para Uso del Personal

Date Received: _____ Voucher #: _____

Reviewed By (Staff Name): _____

Eligibility Verified: ☐ Yes ☐ No Voucher Approved: ☐ Yes ☐ No

Voucher Amount: / Monto del Vale: \$ _____

Expiration Date: / Expira: _____

Notes/Comments: / Notas/Comentarios:

Staff Signature: _____

Supervisor Signature: _____

Date Approved: _____

