



200 North H Street  
Lompoc, CA 93436  
Hot-line: (805) 617-2897  
FAX: (805) 964-6798  
[www.communifysb.org](http://www.communifysb.org)

Senior Home Repair Program  
A complete application requires the following:

1. **Completed Senior Safe Application Form:**

- Ensure all sections are fully filled out and signed as needed

2. **Proof of Income for All Household Members with Income:**

- If paid weekly: Provide the last 4 pay stubs
- If paid bi-weekly: Provide the last 2 pay stubs
- If receiving Social Security: Include the current Social Security award letter
- If receiving a pension: Include a pension letter dated within the last 30 days

3. **Proof of Ownership:**

- In most cases, we can verify through RealQuest. If ownership cannot be confirmed, the applicant will be contacted to provide documentation

4. **For Renters Only:**

- A completed Landlord Agreement form, signed by both the applicant and the property owner or authorized agent

**Application Submission options:**

**Email Application:** [energyinfo@communifysb.org](mailto:energyinfo@communifysb.org)

**Mail in Application:** 200 North H Street, Lompoc CA 93436

**Drop Off Application Locations:**

- Santa Maria: 201 W Chapel St.
- Lompoc: 200 N H St.
- Santa Barbara: 602 Anacapa St.

<h2 style="margin: 0;">Senior Home Repair Intake Form</h2> <p style="margin: 5px 0;">Please complete this form to the best of your ability. Items Marked with asterisk (*) are required.</p>		<p>For Office: *Unique Participant ID: _____</p> <p>Intake Date: _____ Beginning Date: _____ *Termination Date: _____ *Reason: _____</p>		<p>Eligibility:</p> <p><input type="checkbox"/> Age 60+ Verified By _____</p> <p><input type="checkbox"/> GSN (Great Social Need)</p> <p><input type="checkbox"/> GEN (Greatest Economic Need)</p> <p><input type="checkbox"/> Wait list</p> <p><input type="checkbox"/> Points Assigned _____</p>	
<p><b>Title IIIB Residential Repair/Modifications</b></p>					
First Name, Middle Initial: _____		Last Name: _____		*Date of Birth: ____/____/____    *Age ____	
Home Address: _____		City: _____		*Zip Code: _____ <input type="checkbox"/> Decline to State	
Mailing Address: Same as Residential? <input type="checkbox"/> Yes		City: _____		*Zip Code: _____ <input type="checkbox"/> Decline to State	
Home Phone: (    ) _____		Emergency Contact Name: _____			
Alternate Phone: (    ) _____		Phone: (    ) _____		Relationship: _____	
<p><b>*Living Arrangement</b> <b># of household members</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p><input type="checkbox"/> Alone                      <input type="checkbox"/> Not Alone <input type="checkbox"/> Declined to State        <input type="checkbox"/> Missing</p>		<p><b>*What is your approximate household income?</b> \$ _____ per <input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> year    <input type="checkbox"/> Declined to State</p> <p><b>Receiving Social Security?</b> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>		<p><b>*Rural Area?</b> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined to State</p>	
<p><b>Marital Status?</b> <input type="checkbox"/> Married                      <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Legally Separated        <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single                        <input type="checkbox"/> Missing <input type="checkbox"/> Declined to state</p> <p><b>Spouses/Partners Name:</b> _____</p>		<p><b>Female Head of Household?</b> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p> <p><b>Medicare Eligible?</b> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p> <p><b>Tribal Member?</b> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>		<p><b>Homebound?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Frail?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
				<p><b>Referred Senior To:</b> <b>Wx</b>    <b>211</b> <b>Senior Nutrition</b>    <b>Other</b></p>	
<p><b>What is your gender? (Check only one)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Male    <input type="checkbox"/> Female    <input type="checkbox"/> Transgender Female to Male    <input type="checkbox"/> Transgender Male to Female <input type="checkbox"/> Genderqueer/Gender Non-binary    <input type="checkbox"/> Not Listed, please specify: _____    <input type="checkbox"/> Declined/not stated</p>					
<p><b>What was your sex at birth? (Check only one)</b> <input type="checkbox"/> Male    <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Declined/not stated</p>		<p><b>How do you describe your sexual orientation or sexual identity (Check only one)</b> <input type="checkbox"/> Straight/Heterosexual    <input type="checkbox"/> Bisexual    <input type="checkbox"/> Gay/Lesbian/Same-Gender Loving <input type="checkbox"/> Questioning/Unsure    <input type="checkbox"/> Not Listed, please specify: _____ <input type="checkbox"/> Declined/not stated</p>			
<p><b>*Ethnicity (Check One)</b> <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino                      <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Decline to State                      <input type="checkbox"/> Missing</p>		<p><b>Language:</b> <input type="checkbox"/> English speaking <input type="checkbox"/> Non-English/Language: _____</p>			
<p><b>*Race (Check One)</b> <input type="checkbox"/> White                      <input type="checkbox"/> Black/African American                      <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native                      <input type="checkbox"/> Asian Indian                      <input type="checkbox"/> White Hispanic <input type="checkbox"/> Cambodian                      <input type="checkbox"/> Korean                      <input type="checkbox"/> Chinese                      <input type="checkbox"/> Laotian                      <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese                      <input type="checkbox"/> Vietnamese                      <input type="checkbox"/> Guamanian                      <input type="checkbox"/> Hawaiian                      <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander    <input type="checkbox"/> Other Race    <input type="checkbox"/> Multiple Race    <input type="checkbox"/> Other Asian    <input type="checkbox"/> Declined to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>					
<p><b>Abused? Neglected? Exploited?</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>					
<p><b>Disabled?</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>					
<p><b>US Citizen?</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>					
<p><b>Veteran?</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>			<p><b>Veteran Dependent?</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>		
<p><b>Cognitive Impairment?</b>    <input type="checkbox"/> None    <input type="checkbox"/> Mild    <input type="checkbox"/> Moderate    <input type="checkbox"/> Early onset Dementia    <input type="checkbox"/> Severe    <input type="checkbox"/> UNK    <input type="checkbox"/> Decline to state    <input type="checkbox"/> Missing</p>					
<p><b>Employment Status?</b>    <input type="checkbox"/> Full Time    <input type="checkbox"/> Part Time    <input type="checkbox"/> Retired    <input type="checkbox"/> None    <input type="checkbox"/> Unemployed    <input type="checkbox"/> UNK    <input type="checkbox"/> Decline to State    <input type="checkbox"/> Missing</p>					

Completed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Data Collection Form

- ☐ Services requested/Servicios Solicitados  
☐ Utility Assistance/Asistencia de Utilidad  
☐ Weatherization/Climatación  
☐ Senior Home Repair/ Reparación de Vivienda para Adulto Mayor

Monthly Income HOH \_\_\_\_\_

## ***Applicant HOH/Solicitante***

1. Telephone: \_\_\_\_\_ 2. Social Security Number: \_\_\_\_\_ 3. HOH Name: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_
4. Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
5. Date of Birth: \_\_\_\_\_ 6. Total number of people living in your home: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_
7. Education: \_\_\_\_\_ 8. Disabled? ☐ Yes ☐ No 9. Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? ¿Veterano/Militar?

10. \*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N 11. Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic  
Raza: Grupo Étnico:

\*W= White/Blanco, B=African American/Afroamericano, H=Hispanic/Latino, A=Asian/Asiático, N=Native American, Indio Nativo Americano

12. Landlords Name: \_\_\_\_\_ Telefono Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nombre del Dueño: Teléfono del Dueño: Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
13. Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

## ***Household Members/Miembros del Hogar***

1. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: Educación: ¿Deshabilitado? ¿Veterano/Militar?

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: Grupo Étnico: Jóvenes Desconectados:

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.

Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## ***Household Members/Miembros del Hogar***

2. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: Educación: ¿Deshabilitado? ¿Veterano/Militar?

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: Grupo Étnico: Jóvenes Desconectados:

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.

Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

# Data Collection Form

## Household Members/Miembros del Hogar

3. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: ☐ M ☐ F Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? ☐ Yes ☐ No ¿Veterano/Militar? ☐ Yes ☐ No

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Grupo Étnico: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Jóvenes Desconectados: ☐ Yes ☐ No

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: ☐ No ☐ Yes: ☐ Pago directo ☐ Por empleo ☐ Médico del estado ☐ Seguro médico del estado ☐ CHIP

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

4. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: ☐ M ☐ F Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? ☐ Yes ☐ No ¿Veterano/Militar? ☐ Yes ☐ No

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Grupo Étnico: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Jóvenes Desconectados: ☐ Yes ☐ No

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: ☐ No ☐ Yes: ☐ Pago directo ☐ Por empleo ☐ Médico del estado ☐ Seguro médico del estado ☐ CHIP

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

5. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: ☐ M ☐ F Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? ☐ Yes ☐ No ¿Veterano/Militar? ☐ Yes ☐ No

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Grupo Étnico: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Jóvenes Desconectados: ☐ Yes ☐ No

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: ☐ No ☐ Yes: ☐ Pago directo ☐ Por empleo ☐ Médico del estado ☐ Seguro médico del estado ☐ CHIP

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

6. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: ☐ M ☐ F Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? ☐ Yes ☐ No ¿Veterano/Militar? ☐ Yes ☐ No

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Grupo Étnico: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Jóvenes Desconectados: ☐ Yes ☐ No

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: ☐ No ☐ Yes: ☐ Pago directo ☐ Por empleo ☐ Médico del estado ☐ Seguro médico del estado ☐ CHIP

Monthly Income: \_\_\_\_\_

# Data Collection Form

## Household Members/Miembros del Hogar

7. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? \_\_\_\_\_ ¿Veterano/Militar? \_\_\_\_\_

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: \_\_\_\_\_ Grupo Étnico: \_\_\_\_\_ Jóvenes Desconectados: \_\_\_\_\_

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

8. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? \_\_\_\_\_ ¿Veterano/Militar? \_\_\_\_\_

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: \_\_\_\_\_ Grupo Étnico: \_\_\_\_\_ Jóvenes Desconectados: \_\_\_\_\_

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

9. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? \_\_\_\_\_ ¿Veterano/Militar? \_\_\_\_\_

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: \_\_\_\_\_ Grupo Étnico: \_\_\_\_\_ Jóvenes Desconectados: \_\_\_\_\_

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

## Household Members/Miembros del Hogar

10. Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: ☐ M ☐ F Education: \_\_\_\_\_ Disabled? ☐ Yes ☐ No Veteran/Active Military? ☐ Yes ☐ No  
Sexo: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ ¿Deshabilitado? \_\_\_\_\_ ¿Veterano/Militar? \_\_\_\_\_

\*Race: ☐ W ☐ B ☐ O ☐ H ☐ A ☐ N Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic \*\*Disconnected Youth: ☐ Yes ☐ No  
Raza: \_\_\_\_\_ Grupo Étnico: \_\_\_\_\_ Jóvenes Desconectados: \_\_\_\_\_

\*\* Youth 14-21 unemployed or not in school.  
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: ☐ No ☐ Yes: ☐ Direct Pay ☐ Employment based ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ CHIP  
Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Pago directo Por empleo Médico del estado Seguro médico del estado

Monthly Income: \_\_\_\_\_

# COMMUNIFY

NAME	ADDRESS	UNIT #	City	RESIDENT SIGNATURE

Name of owner or authorized agent (please print or type)				CONTRACTOR: CommUnify					
Address		City	State	Zip	Name (please print or type) Kemba Lawrence Community Services Director				
Signature			Date		Address		City	State	Zip
					5638 Hollister Ave Ste 230		Goleta, Ca 93117		
Phone				Signature		Date			
FAX				Phone		FAX			
				(805)964-8857		(805)964-6798			